

Aus dem Institut für Humangenetik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. G. G. Wendt

ÜBER SUBJEKTIVE FAKTOREN BEI
INTERNISTISCHEN ERKRANKUNGEN

EINE DOKUMENTATION AUF GRUND PERSÖNLICHER
BEFRAGUNG VON HUNDERT PATIENTEN DER
MEDIZINISCHEN KLINIK

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg
vorgelegt von

GISELA GROSCURTH

aus Bad Hersfeld

Marburg 1974

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität Marburg am 10. Mai 1974

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches

Dekan: Prof. Dr. med. H. Oepen

Referent: Prof. Dr. med. H. Oepen

Correferent: Prof. Dr. med. E.-O. Riecken

Inhalt

	Seite
A. Motivation für die vorliegende Untersuchung	5
B. Methode der Befragung	6
1. Auswahl der Patienten	6
2. Methode der Befragung	6
3. Erfassung der gegebenen Antworten	7
4. Auswertung der Patientendaten	8
C. Kritische Betrachtung der eigenen Methode	9
1. Zusammensetzung des Patientengutes	9
2. Zur Art der Befragung	11
3. Zum Fragebogen selbst	12
4. Zur Auswertung des Fragebogens	13
D. Auswertung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Diagnosegruppen	15
1. Soziale Daten	15
2. Klinische Daten	22
a. Verteilung der Krankheitsgruppen im Gesamtpatientengut	22
b. Altersmäßige Zusammensetzung des Patientengutes	26
c. Erkrankungsalter	27
d. Beziehungen zwischen Erkrankungsalter, Untersuchungsalter, Diagnosealter, Arbeitsunfähigkeitsalter und dem Berichtsalter	29
3. Subjektive Beurteilung der Erkrankung	32
a. Erste Symptome	32
b. Krankheitsverlauf	34
c. Augenblicklicher Zustand	34

4.	Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit	35
a.	Subjektives Krankheitswissen	35
b.	Objektives Krankheitswissen	36
c.	Reaktion auf die Diagnosestellung	38
d.	Wunsch nach Aufklärung	38
e.	Subjektive Prognose	39
f.	Objektive Prognose	40
g.	Einstellung zur chronischen Erkrankung	41
h.	Einstellung zum Tod	43
5.	Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt	44
a.	Praktische Hilfe von Personen	44
b.	Praktische Hilfe durch Institutionen	45
c.	Seelische Hilfe durch Personen	45
d.	Seelische Hilfe durch die Religion	46
e.	Anderweitige seelische Hilfe	46
f.	Einstellung zu Besuchen	47
g.	Gefühl, anderen lästig zu sein	47
6.	Reaktion der Umwelt auf die Erkrankung	47
a.	Reaktion des Arztes	47
b.	Reaktion des Partners	48
7.	Problembereiche des Patienten	48
a.	Hauptsorge, die sich durch die Krankheit ergeben hat	48
b.	Hauptbelastung des Patienten (subjektiv)	50
c.	Hauptbelastung des Patienten (objektiv)	52
d.	Abhängigkeit der Familie von der erkrankten Person	52
e.	Möglichkeiten der Heimpflege	56
f.	Einstellung zur Heimpflege	57
g.	Zukünftige Lebensweise	57

8. Vorstellungen des Kranken zur Entstehungsursache seiner Erkrankung	58
a. Generelles Wissen um die Krankheitsursache	58
b. Verantwortung selbst	59
c. Bisherige Lebensweise	60
d. Seelische Ursachen für die Erkrankung	61
e. Umwelteinflüsse als Krankheitsursache	61
E. Auswertung der Ergebnisse der Befragung unter dem Gesichtspunkt der Erblichkeit	63
1. Einteilung der Erkrankungen in Erblichkeitsgruppen	63
2. Auswertung der objektiven Daten	66
a. Erkrankungsalter	66
b. Berichtsalter	68
c. Krankheitsdauer	68
3. Verlauf der Erkrankung	69
a. Erste Krankheitssymptome	69
b. Verlauf der Krankheit	70
c. Augenblicklicher Zustand	71
4. Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit	72
a. Objektives Krankheitswissen	72
b. Reaktion auf die Diagnose	74
c. Selbstgestellte Prognose der Patienten	74
d. Prognosestellung durch den Befrager	75
e. Einstellung zur chronischen Erkrankung	77
f. Einstellung zu einem frühzeitigen Tod	78
5. Problembereiche der Patienten	79
a. Hauptsorge	79
b. Hauptlast subjektiv	80

6.	Vorstellungen der Kranken über die Entstehungsursache seiner Erkrankung	80
a.	Das Wissen über die Krankheitsursache	80
b.	Verantwortung	82
c.	Seelische Ursachen der Erkrankung	83
d.	Umwelteinflüsse als Krankheitsursache	83
e.	Erblichkeit	84
F.	Erörterung der Ergebnisse	86
1.	Was ist " Krankheit " ?	86
2.	Einfluß der Krankheit auf menschliches Verhalten	87
3.	Verhalten des Patienten in seiner Krankheit	89
4.	Probleme, die sich für den Kranken durch seine Krankheit ergeben	93
5.	Überlegungen zur Ursache der Erkrankung : Vererbung oder psychische Einflüsse	96
6.	Erfordernis einer stärkeren Intensivierung der Arzt - Patient - Beziehung	101
G.	Zusammenfassung	102
H.	Literaturverzeichnis	106
I.	Anhang	112
1.	Fragebogen	112
2.	Schlüssel	

A. Motivation für die vorliegende Untersuchung

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin einen ungeheuren Aufschwung genommen. Viele neue Mittel und Wege helfen, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren. Meist stützt man sich dabei auf Daten, die mittels technischer Geräte und Apparaturen ermittelt werden. Doch so groß auch die Erfolge auf diesem Gebiet sind : die Gefahr, den Menschen lediglich als medizinisches Objekt zu betrachten, für das der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung unter vielen Techniken nur die richtige herauszufinden hat, darf dabei nicht verkannt werden.

Obwohl es heute natürlich auch in der Medizin unerläßlich ist, sich der gegebenen technischen Möglichkeiten zu bedienen, sollte nicht vergessen werden, daß der kranke Mensch nicht wie eine lädierte Maschine prinzipiell durch bestimmte Maßnahmen und Handgriffe lediglich wieder zum Funktionieren zu bringen ist. Eine Krankheit betrifft nicht nur den Körper, sondern auch die seelische Verfassung eines Menschen. Empfinden, Erleben, Verhalten des von ihr Betroffenen können den Krankheitswert und -verlauf beeinflussen.

Deshalb muß versucht werden, auch subjektive Faktoren und Effekte durch das ärztliche Gespräch in Erfahrung zu bringen. Die Frage, ob Patienten mit erblichen Erkrankungen dabei ein anderes Bild bieten als solche, die durch nicht genetische Ursachen erkrankt sind, ist kaum untersucht. Im folgenden wird berichtet, welche Erfahrungen mit einer Stichprobenuntersuchung zu diesem Fragenkomplex gemacht wurden.

B. Methode der Befragung

1. Auswahl der Patienten

Hundert Patienten, die sich in stationärer Behandlung in der Medizinischen Klinik der Universitätsklinik Marburg/Lahn (Direktor : Prof. Dr. Martini) befanden, wurden in der Zeit von Ende August bis Anfang Dezember 1972 mit Hilfe eines Datenerhebungsschemas befragt. Ausgenommen waren Patienten der Infektionsabteilung und der Privatstation.

Bei der Auswahl der Patienten wurde darauf geachtet, daß ihre Krankheit sich entweder schon über einige Jahre erstreckte und voraussichtlich nicht vollständig zu heilen war b.z.w. einen chronischen oder einen langdauernden Verlauf erwarten ließ. Es wurden nur solche Patienten befragt, die ausreichende und klare Antworten geben konnten.

Das Geschlecht wurde primär nicht beachtet.

2. Methode der Befragung

Die Befragung fand meist im Krankenzimmer statt. Einige Patienten zogen jedoch ein Gespräch unter vier Augen im Aufenthaltsraum vor. Die meisten der ausgesuchten Personen gaben bereitwillig Auskunft, und es kam nicht selten vor, daß der Untersucher mehrere Stunden für ein Gespräch benötigte, da das Mitteilungsbedürfnis vieler Patienten sehr stark war.

Während die sozialen Daten durch Fragen ermittelt wurden, gestaltete sich der übrige Teil der Befragung

eher in Form einer zwanglosen Unterhaltung, die der Untersucher lediglich durch einige gezielte Fragen auf bestimmte Themenkreise lenkte, um verwertbare Ergebnisse zu erhalten.

Diese Art der Untersuchung macht verständlich, daß einige Fragen unbeantwortet blieben. Entweder hatten die Kranken Scheu, einem ihnen fremden Menschen Auskunft zu geben oder sie hatten sich noch nie mit diesen Problemen auseinandergesetzt.

3. Erfassung der gegebenen Antworten

Um ein einheitliches Konzept für die Befragung zu erhalten, wurde ein Fragebogen (siehe Anhang) ausgearbeitet. Darin wurden die Aussagen der befragten Personen teils mit Hilfe eines Schlüssels (siehe Anhang), teils in Wortform eingetragen.

Der Fragebogen umfaßte insgesamt 75 Punkte, die auch in den einzelnen Gesprächen behandelt wurden. Auf dem Kopf des Bogens wurde die laufende Nummer, der Name und die Station vermerkt, um bei später entstehenden Unklarheiten Rücksprache halten zu können.

Nach Fragen zur Person - hierbei fand auch die Einstellung des Patienten zu seinem Beruf Berücksichtigung -, Beginn und Dauer der Krankheiten, wurden die klinischen Daten, nämlich Erkrankungsalter, Arbeitsunfähigkeitsalter, Untersuchungsalter, Diagnosealter und Berichtsalter und zusätzlich die bei der ersten Untersuchung gestellte Verdachtsdiagnose aufgenommen. Nach der endgültigen Diagnose wurden

die Patienten nicht gefragt. Diese entnahm der Untersucher den ihm zur Verfügung stehenden Krankengeschichten. Fragen, die sich auf die Einstellung des Kranken zu seiner Erkrankung und auf seine Zukunftspläne bezogen, bildeten den abschließenden Teil.

Verschiedene Fragen, wie z.B. die objektive Einstellung zu Besuchen und die objektive Beurteilung, durch die Krankheit anderen lästig zu fallen u.s.w. konnten weder vom Patienten noch von Angehörigen oder vom Klinikspersonal beantwortet werden, so daß sie unberücksichtigt bleiben mußten.

Sehr häufig traten bei einem Patienten mehrere Krankheitsbilder nebeneinander auf, die zum Teil ganz verschiedener Genese waren, zum Teil aber auch in unmittelbarem Zusammenhang standen. In letzteren Fällen wurde die Befragung auf die Primärkrankheit ausgerichtet; ansonsten bezog sich die Befragung immer auf diejenige Erkrankung, die den Patienten am meisten in seinem Wohlbefinden beeinträchtigte oder die weitreichendsten Folgen für ihn zeigte.

4. Auswertung der Patientendaten

Nachdem in der geschilderten Art und Weise hundert Patienten befragt wurden, mußte ein Weg gefunden werden, diese Daten möglichst einfach und übersichtlich auszuwerten. Den ursprünglichen Plan, dies mit Hilfe eines Computers durchzuführen, wurde sehr bald aufgegeben, da die Anzahl der Patienten zu gering war, als daß sich diese Methode für die Auswertung geeignet hätte.

So wurde die Auswertung von dem Untersucher selbst vorgenommen, indem er eine große Tabelle anfertigte, in deren Längsspalten alle Fragen und in deren Querspalten die Patienten von 1 - 100 beziffert aufgenommen wurden. Auf diese Weise konnten alle gegebenen Antworten in verschlüsselter Form auf diesem Bogen festgehalten werden. Dabei wurde schon von vornherein nach Geschlecht, Alter und Krankheit geordnet. Aus technischen Gründen konnte diese Tabelle in ihrer Gesamtheit hier nicht aufgeführt werden. Deshalb wurde sie in Einzeltabellen zerlegt.

C. Kritische Betrachtung der eigenen Methode

1. Zusammensetzung des Patientengutes

Die hier angewandte Methode, von einem Patientengut von hundert Personen Informationen zu erhalten, hat sich im großen und ganzen als durchführbar erwiesen, obwohl sich im Laufe der Untersuchung herausstellte, daß der Fragebogen einige Mängel aufwies. Dies soll nun im Folgenden etwas näher ausgeführt werden.

Da sich die Untersuchung auf stationäre Krankenhauspatienten beschränkte, ist im Gegensatz zu einer poliklinischen Untersuchung die Diagnosestellung relativ zuverlässig, da die Patienten sich meistens schon mehrere Tage in der Klinik aufhielten (Pflanz).

Allerdings kann eine solche Untersuchung nicht den Anspruch erheben, ein repräsentatives Bild der Er-

krankungen der Gesamtbevölkerung darzustellen, denn bei einer stationären Einweisung spielen Selektionsfaktoren eine Rolle, die besonders in einer beschränkten Bettenzahl (Pflanz) und verschiedenen anderen Kriterien (wie häusliche Verhältnisse, Schwere der Erkrankung u.s.w.) zu suchen sind.

Die altersmäßige Zusammensetzung der befragten Patienten entspricht der anderer stationärer Kliniken. Es ist verständlich, daß das Patientengut in einer Bettenklinik im Gegensatz zu einer Poliklinik ein durchschnittlich höheres Alter aufweist. Die meisten Patienten waren zwischen 50 und 70 Jahren alt.

Ebensowenig ist auch die Schulbildung bzw. der Beruf unserer Patienten als repräsentativ anzusehen.

Der geringe Anteil der Personen mit Real- und Oberschulbildung in dem Krankengut ist darauf zurückzuführen, daß die Befragung sich nur auf Patienten beschränkte, die in der dritten Pflegeklasse der Klinik lagen.

Eine weitere Voraussetzung, um bindende Aussagen auf Grund einer solchen Untersuchung machen zu können, ist ein genügend großes Untersuchungsmaterial. Die Anzahl von hundert befragten Patienten ist zu gering, um statistisch gesicherte Angaben machen zu können. Durch eine weitere Untergliederung der hundert Fälle in einzelne Diagnose- und Erblichkeitsgruppen splittierte sich das Gesamtpatientengut so weit auf, so daß erst recht keine aussagekräftigen Schlüsse daraus gezogen werden können. Es soll jedoch nicht der Sinn dieser Arbeit sein, statistisch gesichertes Material zu liefern, sondern es sollen nur Tendenzen aufge -

zeigt und Anregungen für weitere Untersuchungen in dieser Richtung gegeben werden.

2. Zur Art der Befragung

Weitere Fehlerquellen lagen in der Befragung selbst. Häufig war es dem Patienten nicht möglich, exakte Angaben über den Beginn seiner Erkrankung, den Verlauf und seine Beschwerden zu machen. Ursache hierfür kann einmal in einer zu wenig differenzierten Anamneseerhebung durch den Befrager, zum anderen in einem schlechten Gedächtnis der Patienten liegen. Auch eine mangelnde Mitteilungsbereitschaft von Seiten des Patienten ist hier nicht außer acht zu lassen (Pflanz). Ferner ist nicht zu übersehen, daß bei manchen Diagnosestellungen Fehler unterlaufen sind oder die Diagnose noch nicht sicher abgeklärt ist.

Eine weitere Schwierigkeit lag darin, die einzelnen Krankheiten in verschiedene Diagnosegruppen einzuteilen, um nicht eine zu sehr ins Detail gehende Aufteilung zu erhalten. Notwendigerweise sind durch diese Maßnahme einige Diagnosen pauschal zusammengefaßt worden, obwohl teilweise verschiedene Krankheitsbilder vorlagen. Es wurde immer nur eine Diagnose vermerkt, Zweit- und Dritterkrankungen wurden nicht berücksichtigt.

Ausschlaggebend bei der Auswertung und Beurteilung der Fragebögen ist die Art und Weise, in der die Fragen an den Patienten gerichtet werden (Wendt, Tögel). Es steht fest, daß Patienten oft erst Be-

schwerden angeben, wenn sie in einem Fragebogen darauf hingewiesen werden (Pflanz). Um diese Fehlerquelle auszuschalten, wurde die Befragung in Form einer persönlichen Unterhaltung vorgenommen, ohne daß der Patient das Gefühl hatte, die Unterlagen für eine wissenschaftliche Untersuchung zu liefern. Daher war es häufig nicht ganz leicht, das Gespräch in die gewünschte Richtung zu lenken und vom Patienten offene und ehrliche Aussagen über seine Krankheit und über die sich daraus ergebenden Probleme zu erhalten. In den meisten Fällen jedoch hatte man den Eindruck, daß die Kranken froh waren, daß jemand für ihre persönlichen Sorgen Interesse zeigte.

Zu erwägen ist ferner noch, daß einige Patienten mitunter keine oder falsche Angaben machten, weil sie sich durch die anderen Kranken, die sich im Zimmer aufhielten, gehemmt fühlten. Ein anderer Grund dafür, daß möglicherweise einige männliche Patienten nicht ganz ehrlich waren, lag darin, daß eine weibliche Person die Untersuchung durchführte. Meistens jedoch fielen diese Schranken nach den ersten Minuten, so daß diesem Punkt nicht zu viel Gewicht beigemessen werden sollte.

3. Zum Fragebogen selbst

Das Anlegen eines Fragebogens erleichterte die Auswertung der erhaltenen Daten. Bei der vorliegenden Arbeit hat er uns große Erleichterung verschafft und im großen und ganzen hat er sich bewährt. Allerdings enthielt er einige Fragen, die nicht oder nur

ungenau beantwortet werden konnten. Häufig konnten die Patienten nicht das genaue Erkrankungsalter angeben, da die Beschwerden langsam und schleichend begonnen hatten, so daß sie erst nach langer Zeit bewußt wahrgenommen wurden. Es kam auch vor, daß einige Erkrankungen nur durch Zufall bei einer Routineuntersuchung entdeckt wurden und demzufolge der Erkrankungstermin nicht exakt angegeben werden konnte.

Eine objektive Beurteilung, wie sie in den Punkten " Einstellung zu Besuchen ", " anderen lästig " u.s.w. vom Untersucher verlangt wurden, konnte in den meisten Fällen nicht gegeben werden, so daß diese Punkte unbeantwortet blieben. Zu ausführlich wurde in dem Fragebogen die Reaktion der Umwelt einbezogen. Auch hier mußten viele Spalten offen bleiben.

4. Zur Auswertung des Fragebogens

Die Auswertung der hundert Fragebögen mit Hilfe einer Arbeitstabelle hat sich sehr bewährt. Diese Methode machte es möglich, über sämtliche Antworten einen Überblick zu erhalten, zumal diese Arbeitstabelle schon nach Geschlecht, Alter und Krankheit aufgeteilt war. In Einzeltabellen konnten dann die Ergebnisse dieser Befragung festgehalten werden. Bei der relativ geringen Anzahl von hundert Patienten hätte sich die Auswertung mittels eines Computers nicht gelohnt.

Problematisch war jedoch die Einteilung der Krankheiten in verschiedene Erblichkeitsgruppen. Eine Differenzierung in sehr viele Untergruppen war nicht

möglich, da auf diese Weise zu kleine Kollektive entstanden wären, die eine Auswertung nicht gestattet hätten. So wurden die Erkrankungen hinsichtlich der Erbllichkeit in drei große Gruppen unterteilt :

1. Krankheiten mit festgelegtem Erbgang
2. Krankheiten, bei denen der Erbgang noch nicht geklärt ist, die genetische Komponente aber sicherlich eine Rolle spielt (genetisch mitbedingte Erkrankungen)
3. Krankheiten, bei denen die Erbanlage keine große Bedeutung hat.

Hier muß natürlich berücksichtigt werden, daß in der zweiten Gruppe auch psychosomatische und exogene Faktoren bei der Auslösung der Erkrankung mitwirken können.

Mit Hilfe dieser Einteilung ist es jedoch gelungen, alle auftretenden Krankheitsbilder einzuordnen, obwohl diese willkürliche Untergliederung sicherlich Fehlerquellen beinhaltet, zumal man sich heutzutage in der Literatur häufig noch nicht einig ist, welchen Einfluß die Vererbung auf die Entstehung der Krankheiten hat.

Um die Angaben der Patienten miteinander vergleichen zu können, wurde die Anzahl der Antworten teilweise in Prozentzahlen ausgedrückt. Diese Methode ist zwar bei der geringen Größe der Gruppen nicht unbedingt angebracht, aber, die Auszählung nur mit Hilfe von absoluten Zahlen vorzunehmen, verwirrt nur und beeinträchtigt die Übersichtlichkeit.

Aus diesem Grunde wurde an dem System der Prozentzahlen festgehalten, obwohl Angaben in einer solch geringen Größenordnung üblicherweise nicht mit Prozenten gemacht werden.

Bei der Besprechung der Ergebnisse wurden nur solche Beobachtungen verwertet, die Unterschiede in den einzelnen Diagnose- und Erblichkeitsgruppen aufwiesen. Ferner wurde versucht, in Form von Tabellen Wechselbeziehungen zwischen sozialen, klinischen und persönlichen Daten herzustellen. Nur wenn diese Tabellen aufschlußreiche Ergebnisse erbrachten, wurden sie im Text besprochen. Die oben angesprochenen Mängel und Nachteile wiegen jedoch nicht so stark, als daß der Aussagewert einer derartigen Befragung entscheidend beeinträchtigt würde. Die Auswertung der erhobenen Daten weist einige bemerkenswerte Gesichtspunkte im Hinblick auf das persönliche Krankheitserleben des Menschen auf. Der Sinn dieser Untersuchung wurde hauptsächlich darin gesehen, die Probleme aufzuzeigen, die sich durch eine chronische Krankheit für den Patienten ergeben. Daß hier nur Tendenzen und keine statistisch gesicherten Angaben geliefert werden können, sollte in erster Linie dazu anregen, auf diesem Gebiet noch weitere Untersuchungen nachfolgen zu lassen.

D. Auswertung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Diagnosegruppen

1. Soziale Daten

Insgesamt wurden hundert Patienten der Medizinischen Klinik der Universitätsklinik Marburg befragt, 50

Männer und 50 Frauen. Die nachfolgenden Abbildungen informieren über den Familienstand und die Kinderzahl der befragten Patienten.

Abb. 1 : Familienstand der befragten Patienten

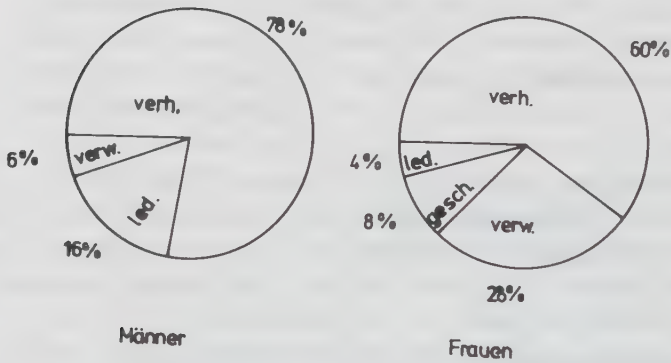
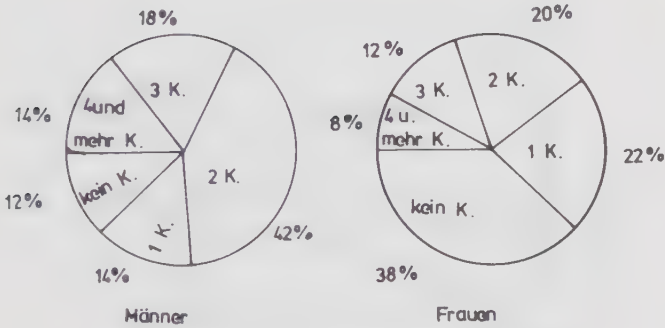
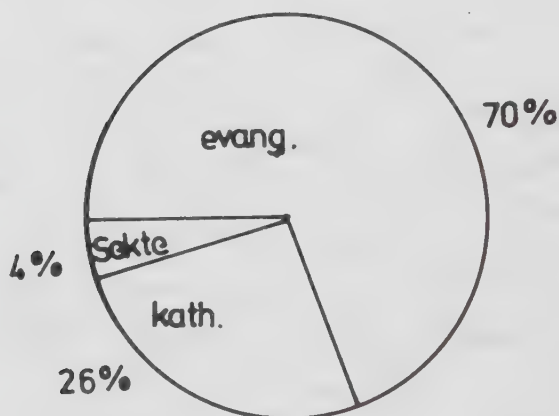


Abb. 2 : Kinderzahl der befragten Patienten



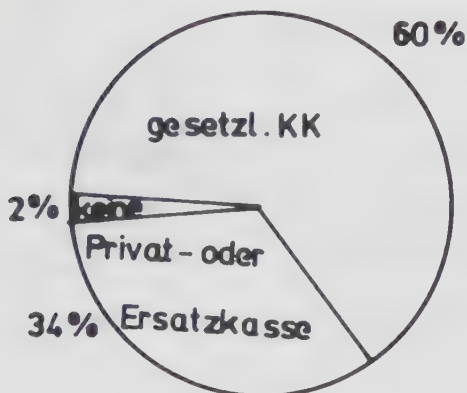
Entsprechend der Religionszugehörigkeit in der Umgebung von Marburg überwog auch in der vorliegenden Untersuchung der Anteil der evangelischen Personen. Ein geringer Teil der befragten Personen war in einer freikirchlichen Organisation oder in einer Sekte.

Abb. 3 : Konfessionszugehörigkeit der befragten Patienten



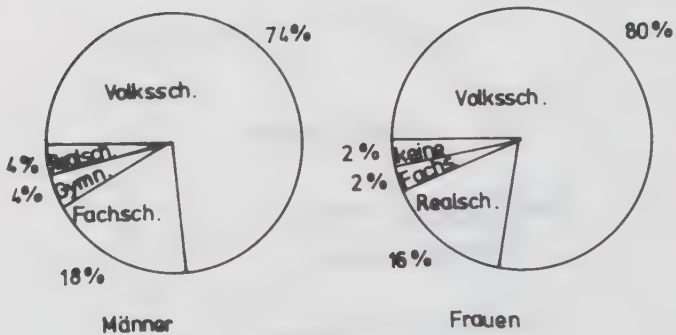
Da die Untersuchung nur auf Stationen der dritten Pflegeklasse durchgeführt werden konnte, waren die meisten Befragten in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Für 18 Männer und 16 Frauen trug eine Ersatz- oder Privatkasse den Krankenhausaufenthalt. Jeweils ein Mann und eine Frau waren nicht versichert.

Abb. 4 : Krankenkassenzugehörigkeit der befragten Patienten



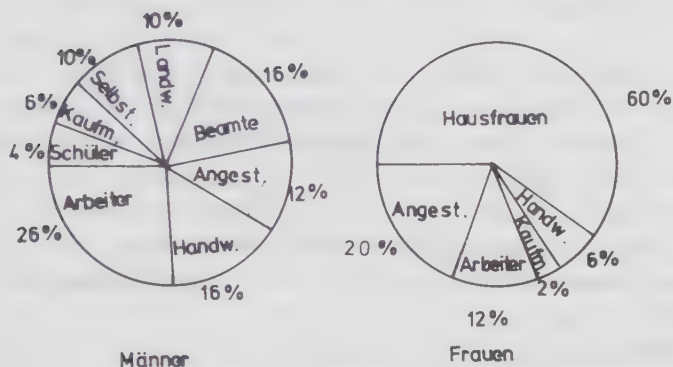
Die meisten Befragten hatten Volksschulbildung. Mehr Frauen als Männer hatten die Realschule besucht, mehrere Männer waren nach der Volksschule noch auf einer Fachschule gewesen. Der hohe Anteil von Volksschülern ist zum Teil auch darauf zurückzuführen, daß keine Patienten der Privationstation befragt wurden.

Abb. 5 : Schulbildung der befragten Patienten



Der bei den Frauen am häufigsten angegebene Beruf war Hausfrau (60 %). Die Männer gehörten verschiedenen Berufsgruppen an. Die nähere Aufteilung zeigt Abbildung 6. Frauen, die nicht im Haushalt tätig sind, haben am häufigsten den Posten einer Angestellten. Diese Tatsache ist wahrscheinlich auf den häufigeren Realschulbesuch zurückzuführen. Die meisten Männer gaben als Beruf Arbeiter an, ein weiterer größerer Anteil wird von Handwerkern und Beamten gestellt.

Abb. 6 : Beruf der befragten Patienten



Der überwiegende Anteil der Befragten gab an, in seinem Beruf gerne zu arbeiten (78 % der Männer und 76 % der Frauen). 6 % der Frauen fanden die Erfüllung im Beruf, diese Angaben machten bei den Männern nur 2 %. 20 % der Männer und 14 % der Frauen arbeiten nur, um Geld zu verdienen, während 4 % der Frauen ungern arbeiten.

Wenn man den Beruf der Patienten in Korrelation setzt mit den Antworten auf die Frage nach der Befriedigung im Beruf, so stellt sich heraus, daß die Arbeiter zum größten Teil nur ihren Beruf ausüben, um Geld zu verdienen. Fast allen anderen Befragten machte der Beruf Freude, besonders die Hausfrauen äußerten sich in diesem Sinne.

2. Klinische Daten

a. Verteilung der Krankheitsgruppen im Gesamt-patientengut

Insgesamt 36 Patienten (18 Männer und 18 Frauen) hatten eine Herz- oder Kreislauferkrankung. Dabei traten bei den Männern folgende Diagnosen auf :

Herzinfarkt (7 mal)

Herzfehler (8 mal)

Dekompensierte Herzinsuffizienz (3 mal)

Bei den Frauen verteilten sich die Herzerkrankungen folgendermaßen :

Herzfehler (6 mal)

Dekompensierte Herzinsuffizienz (4 mal)

Hypertonus (3 mal)

Absolute Arrhythmie (3 mal)

Herzinfarkt (2 mal)

Dabei wurde der Hypertonus mit zu den Herz-Kreislauf-erkrankungen gezählt, da die Anzahl von 3 Erkrankten zu klein für eine eigenständige Gruppe erschien.

Als zweithäufigstes Organ war die Niere erkrankt, bei mehr Frauen als Männern. 6 Frauen litten an einer chronischen Niereninsuffizienz, die in den meisten Fällen auf eine chronische Pyelonephritis zurückzuführen ist. Je eine hatte eine chronische Nephritis, eine pyelonephritische Schrumpfniere und Cystennieren. Der Zustand aller dieser Erkrankten war sehr schlecht, 5 dieser Patientinnen mußten regelmäßig an die künstliche Niere angeschlossen werden. Von den männlichen Erkrankten litten 2 an

Cystennieren und jeweils einer an einer chronischen Glomerulonephritis und einer Arteriolosklerose mit Pyelonephritis. Alle männlichen Patienten waren in das Dialyseprogramm aufgenommen worden.

Die Lungen waren bei mehr Männern als Frauen erkrankt. Am häufigsten wurde die Diagnose chronische Bronchitis mit Asthma bronchiale gestellt (bei 5 Männern und 2 Frauen). 2 männliche Patienten waren wegen eines Emphysems in Behandlung, ein Mann litt an einem Bronchialcarcinom und eine Frau an einer Wegner'schen Granulomatose, die sich in der Lunge manifestiert hatte.

Insgesamt 9 Patienten (5 Männer, 4 Frauen) hatten eine Erkrankung des blutbildenden Systems.

2 dieser Patienten litten an einer Lymphogranulomatose (diese Systemerkrankung wurde mit in dieser Gruppe berücksichtigt), jeweils einer an einer chronischen Myelose, einer an einer Hämophilie A und einer an einem Retikulumcarcinom. 2 der 4 weiblichen Befragten hatten eine chronische Myelose, eine eine Lymphadenose und eine eine Sphärocytose.

An Affektionen des Magen-Darm-Traktes litten 3 Männer und 4 Frauen. 2 Patienten hatten ein rezidivierendes Ulcus duodeni, einer eine Colitis ulcerosa, während bei den Frauen einmal ein Ulcus duodeni, einmal eine einheimische Sprue und einmal eine eosinophile Gastritis auftrat.

Bei den Erkrankungen der Leber stellten wir wieder ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechts fest (Bürger). 4 Patienten waren an einer Lebercirrhose

erkrankt, ein Patient litt an Cholecystitis und einer an einem Lebercarcinom. Bei den weiblichen Patienten fanden wir nur eine mit einer chronisch aggressiven Hepatitis.

An Diabetes mellitus waren 5 Frauen und 1 Mann erkrankt. Die Bevorzugung des weiblichen Geschlechts ist hier sehr deutlich (Bürger, Pflanz).

Kleinere Gruppen wurden noch von anderen Erkrankungen gestellt, so litten 2 Frauen an Hyperthyreose und 2 an Hypoparathyreoidismus. 2 Männer waren an einer primär chronischen Polyarthrititis erkrankt, einer hatte eine Coxarthrose, einer eine Osteomyelitis und einer einen Hyperparathyreoidismus. Ferner litt eine Frau unter einer generalisierten Sarkoidose und eine hatte eine Enteropathie nach Endoxanbehandlung wegen eines Ovarialcarcinoms.

Diese verschiedenen Krankheiten wurden in einzelne Diagnosegruppen zusammengefaßt, um eine Auswertung zu ermöglichen.

Tab. 1 : Anzahl der erkrankten Personen in den
Diagnosegruppen

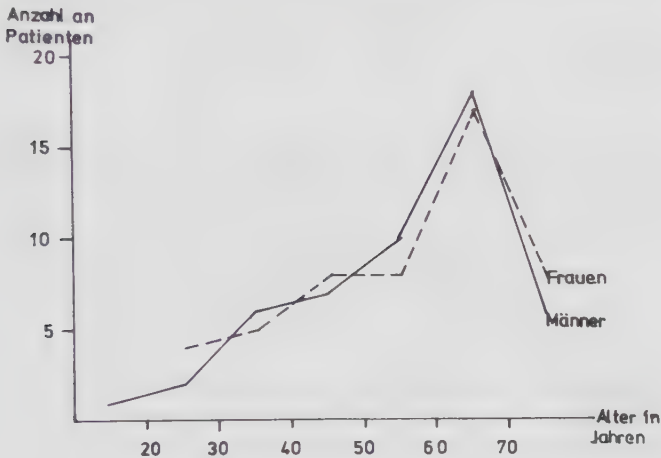
Diagnose	Männer	Frauen	gesamt
Herzerkrankungen	18	18	36
Nierenerkrankungen	4	9	13
Lungenerkrankungen	8	3	11
Erkrankungen des blut- bildenden System	5	4	9
Magen-Darmerkrankungen	3	4	7
Lebererkrankungen	6	1	7
Diabetes mellitus	1	5	6
Schilddrüsen - erkrankungen	1	4	5
Rheumatische Erkrankungen	4		4
Sonstige		2	2
	50	50	100

b. Altersmäßige Zusammensetzung des Patientengutes

Bei der Untersuchung wurden Patienten aller Altersstufen befragt, ohne dabei jedoch einer Gesetzmäßigkeit zu folgen. Da das durchschnittliche Alter der Patienten in einer stationären Klinik meist höher liegt als bei einer poliklinischen Behandlung, finden wir auch in unserer Befragung die Altersstufe von 50 - 70 Jahren am häufigsten.

Die altersmäßige Zusammensetzung bei den einzelnen Krankheiten weist keine signifikanten Unterschiede auf. Es ist lediglich festzustellen, daß das Berichtsalter bei den Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen und Lungenerkrankungen zu 60 % über 60 Jahren liegt (vergleiche Bürger). Bei den Nierenleidenden sind nur 40 % der Kranken über 60 Jahre alt und bei den Erkrankungen des blutbildenden Systems sind 60 % der Patienten jünger als 40 Jahre. Auffällig ist ferner, daß die Kranken mit Diabetes mellitus alle über 50 Jahren sind, es handelt sich also wahrscheinlich in allen Fällen um einen Altersdiabetes.

Abb. 7 : Alter der hundert befragten Patienten
zum Zeitpunkt der Untersuchung



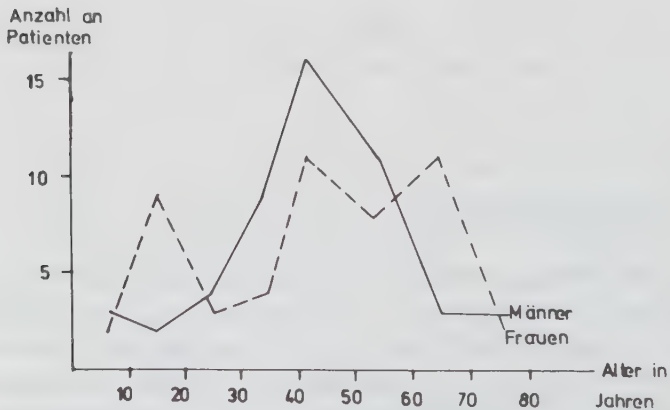
c. Erkrankungsalter

Das Erkrankungsalter der Patienten war sehr unterschiedlich. Abbildung 8 veranschaulicht, daß Frauen häufig in der Zeit vom 1. - 20. Lebensjahr erkrankt sind. Bei den männlichen Patienten findet man einen deutlichen Erkrankungsgipfel in der Altersstufe von 30 - 60 Jahren, insgesamt 60 % erkrankten in dieser Zeit. Die Erkrankungsquote der Frauen in dieser Altersstufe war deutlich niedriger, um aber nochmals im 6. Dezennium deutlich anzusteigen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei den Männern bei 45, bei den Frauen bei 48 Jahren.

Während also bei den Männern die Krankheit am häufigsten in der " Blütezeit " des Lebens auftrat, was wahrscheinlich auf die berufliche Belastung zurückzuführen ist, sind die Frauen entweder früher oder dann sehr viel später erkrankt.

Die Krankheiten des blutbildenden Systems sind meist eher aufgetreten als die Herz-Kreislauf- und Lungen-erkrankungen.

Abb. 8 : Erkrankungsalter der hundert befragten Patienten



d. Beziehungen zwischen Erkrankungsalter, Untersuchungsalter, Diagnosealter, Arbeitsunfähigkeitsalter und dem Berichtsalter

Erkrankungsalter in Beziehung zum Untersuchungsalter

78 Patienten (mehr Männer als Frauen) haben kein Jahr verstreichen lassen, um den Arzt zu Rate zu ziehen. 6 Männer und 4 Frauen warteten 1 Jahr mit der Untersuchung, und jeweils ein Mann und eine Frau gingen erst nach 2, 3 oder 4 Jahren zum Arzt. Insgesamt 6 Frauen schoben den Arztbesuch länger als 6 Jahre hinaus. Hier zeigt sich deutlich, daß die Frauen länger mit ihren Beschwerden leben können, ohne einen Arzt zu konsultieren. Sie messen wahrscheinlich den Beschwerden nicht so viel Bedeutung bei wie die Männer. Das mag auch daran liegen, daß der Großteil der männlichen Befragten im Beruf steht und daher eher die Möglichkeit hat, zum Arzt zu gehen als Hausfrauen, die sich schlecht von den häuslichen Pflichten loslösen können. Diese langen Latenzzeiten zwischen Erkrankungstermin und Arztbesuch findet man jedoch nur bei den Herz- und Nierenerkrankungen, wahrscheinlich beeinträchtigen solche Beschwerden das Wohlbefinden nicht in dem Maße, daß eine Untersuchung für notwendig gehalten wird.

Erkrankungsalter in Beziehung zum Diagnosealter

Bei 73 Befragten wurde die Diagnose spätestens nach einem Jahr gestellt, besonders die Männer äußerten sich in diesem Sinne. Bei 12 weiblichen Patientinnen konnte die richtige Diagnose erst nach 5 oder mehr

Jahren gestellt werden, während nur bei 3 Männern zur Diagnosestellung so lange Zeit benötigt wurde. Die lange Zeit zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung kann z.T. jedoch darauf zurückgeführt werden, daß keine ärztliche Beratung stattfand.

6 Patientinnen wurden aber trotz früher ärztlicher Konsultation sehr lange unter einer falschen Diagnose behandelt. Eine Erklärung hierfür kann vom Untersucher nicht gegeben werden, möglicherweise ist der Grund in der uncharakteristischen Schilderung ihrer Beschwerden zu suchen.

Erkrankungsalter in Beziehung zum Arbeitsunfähigkeitssalter

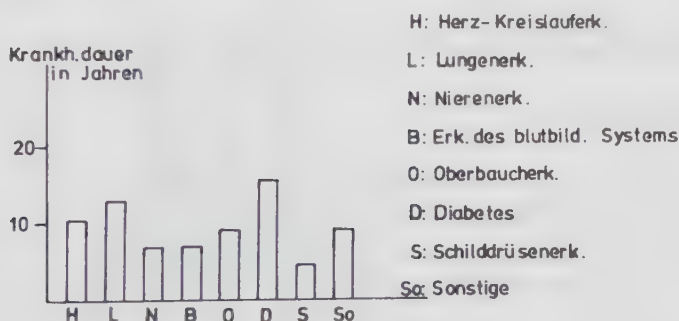
Wenn man die Antworten in diesen beiden Spalten vergleicht, so ergeben sich keine Unterschiede nach Geschlecht oder Krankheiten. Auffallend ist jedoch, daß ein größerer Teil der männlichen Befragten noch arbeitsfähig ist (34 %), während nur 22 % der Patientinnen in der Lage ist, ihrer früheren Tätigkeit nachzugehen. 12 % der Männer und auch 12 % der Frauen mußten sofort nach Ausbruch der Krankheit aufhören zu arbeiten, der gleiche Prozentsatz ist noch länger als 20 Jahre im Beruf tätig gewesen.

Erkrankungsalter in Beziehung zum Berichtsalter

In dieser Zusammenstellung sollte festgestellt werden, über welche Zeitspanne der Krankheitsverlauf schon dauert. Da es sich bei der Untersuchung nur um chronische Erkrankungen handelt, ist es erklärlich, daß der größte Teil der Patienten an Krankheiten leidet, die sich schon über Jahre erstrecken.

Einen langen Krankheitsverlauf zeigen die Herz-
kranken. Ihre mittlere Krankheitsdauer liegt bei 10,5
Jahren. Auch die männlichen Patienten mit chronischer
Bronchitis weisen diese lange Krankheitsdauer auf
(mittlere Krankheitsdauer 13 Jahre). Am niedrigsten
lag die Krankheitsdauer bei Erkrankungen des blut-
bildenden Systems und bei Nierenerkrankungen, was bei
der Natur solcher Krankheiten verständlich ist
(mittlere Krankheitsdauer 7 Jahre).

Abb. 9 : Krankheitsdauer in Jahren, bezogen auf
die einzelnen Diagnosegruppen



Beziehung zwischen Untersuchungsalter und Diagnosealter

Zum Schluß dieser Untersuchung ist es noch interessant zu erfahren, wie lange die Patienten unter einer falschen Diagnose behandelt worden sind, bzw. wie lange es gedauert hat, bis ihre Krankheit richtig erkannt worden ist. Bei 68 % der Befragten ist die Diagnose sofort richtig gestellt worden.

Interessant ist auch hier, daß bei den Männern die Diagnose meist früher gestellt wurde als bei den Frauen (39 Männer, 29 Frauen). Besonders die Erkrankungen des blutbildenden Systems sind lange nicht richtig diagnostiziert worden (über 7 Jahre).

3. Subjektive Beurteilung der Erkrankung

a. Erste Symptome

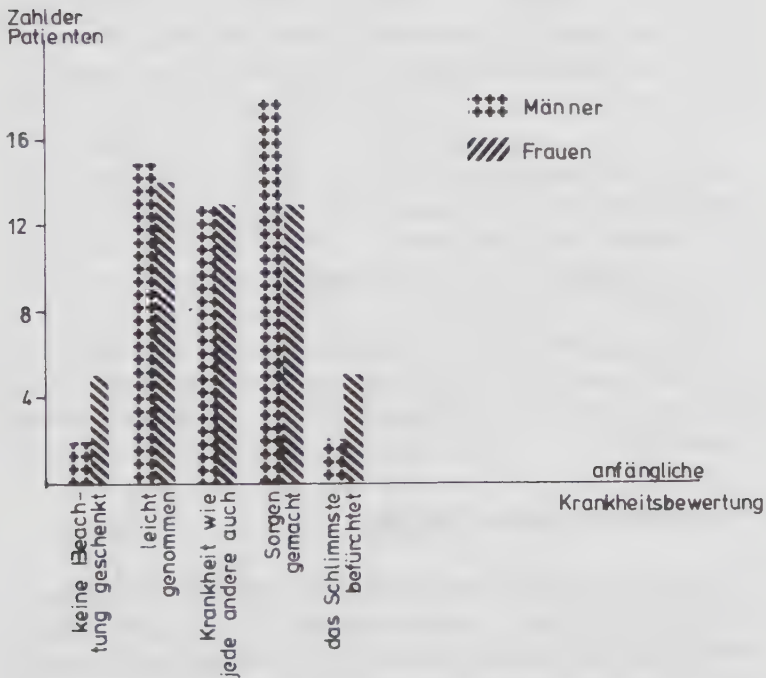
Da der Verlauf einer Erkrankung sehr ausschlaggebend für die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit ist, wurde der persönliche Teil der Befragung mit diesem Thema begonnen.

Bei der Frage nach der Bewertung der ersten Symptome wurde von sehr vielen Patienten geäußert, daß man sich schon zu Beginn der Erkrankung Sorgen gemacht habe (40 % Männer und 36 % Frauen). Mehrere Patienten hatten jedoch den anfänglichen Beschwerden keine Wichtigkeit beigemessen.

In den einzelnen Krankheitsgruppen überwiegen bei der Antwort " Sorgen gemacht " und " sofort das Schlimmste

befürchtet " die Patienten mit Nierenerkrankungen und Erkrankungen des blutbildenden Systems, ebenso diejenigen mit Oberbauchsymptomen und solche mit rheumatischen Beschwerden. Wenig Bedeutung hatten die Herzkranken und die Lungenkranken ihren Beschwerden beigemessen.

Abb. 10 : Bewertung der ersten Krankheitssymptome von den hundert befragten Patienten



b. Krankheitsverlauf

Bei der Beurteilung des Verlaufs der Erkrankung sind im großen und ganzen einheitliche Antworten gegeben worden. 62 % der Befragten antworteten auf diese Frage, daß sich ihr Zustand im Laufe der Jahre verschlechtert habe. Nur eine Person war ganz frei von Beschwerden, während sich das Befinden bei 13 % gebessert hatte und bei 10 % konstant geblieben war. 14 % machten die Aussage, daß die Beschwerden ab und zu stärker und schwächer auftreten würden. Zwischen männlichen und weiblichen Patienten konnte man hier keine unterschiedliche Beantwortung der Frage feststellen.

Bei 70 % der Herzkranken hatte sich der Zustand verschlechtert, etwa in gleichem Maße gilt das für die Lungen- und Nierenkranken. Bei den Patienten mit Erkrankungen des blutbildenden Systems hatte sich in 55 % der Zustand im Laufe der Jahre verschlimmert, bei denen mit rheumatischen Beschwerden sogar zu 75 %. Nur die Diabetiker gaben zum überwiegenden Teil an, daß keine Verschlechterung eingetreten sei.

c. Augenblicklicher Zustand

Bei der Frage nach der momentanen Gesundheitslage wurde als häufigste Antwort gegeben, daß eine Besserung eingetreten sei (59 %). 18 % hatten den Eindruck, daß es ihnen schlechter ging und 14 % fanden ihren Gesundheitszustand unverändert.

Wenn man die Bewertung des augenblicklichen Zustandes mit der selbstgestellten Prognose der Patienten vergleicht, so fällt auf, daß diejenigen, die sich weitgehend gesund fühlen, auch an eine Heilung glauben. 70 % derjenigen, deren Zustand sich verschlechtert hatte, hofften trotzdem noch auf eine Besserung ihrer Krankheit.

Etwa der gleiche Tenor liegt in der Gegenüberstellung der Antworten auf die Frage nach der augenblicklichen Krankheitsbewertung und der Einstellung zur chronischen Krankheit. Auch hier kann man feststellen, daß diejenigen, die sich weitgehend gesund fühlen, sich am wenigsten damit abfinden könnten, eine chronische Krankheit zu haben. 82 % derjenigen, deren Zustand sich verschlechtert hatte, hatten sich schon an den Gedanken gewöhnt, eine chronische Krankheit zu haben.

4. Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit

Mit den folgenden Fragen wollten wir in Erfahrung bringen, wie der Kranke seinem Leiden gegenübersteht, inwieweit er selber die Diagnose kennt und welche Möglichkeiten er für sich in der Zukunft sieht.

a. Subjektives Krankheitswissen

Ein erstaunlich hoher Prozentsatz der Befragten gab auf diese Frage eine positive Antwort. Insgesamt 76 % der Patienten glaubten zu wissen, welche Krankheit sie befallen hat. 19 % hatten eine Vorstellung ohne genaue Kenntnis von ihrer Erkrankung und nur 6 % wußten gar nichts über ihre Krankheit. Frauen gaben

etwas häufiger an, nur ungenaue Vorstellungen über ihre Erkrankung zu haben.

Am besten informiert glaubten sich die Herz- Kreislaufpatienten, die Kranken mit Oberbauchbeschwerden und die Diabetiker. In fast allen Fällen war es der Arzt gewesen, der die Patienten über die Erkrankung aufgeklärt hatte. Patienten mit Erkrankungen des blutbildenden Systems und die Nierenkranken konnten am wenigsten über ihre Krankheit sagen.

Mehr Frauen als Männer mit subjektiven Krankheitswissen glaubten an eine Besserung ihres Zustandes, die männlichen Befragten rechneten eher mit einer unveränderten Gesundheitslage in den nächsten Jahren. Die Patienten ohne subjektives Krankheitswissen zeigten sich am optimistischsten, jeder von ihnen glaubte an eine Heilung oder wenigstens an eine Besserung.

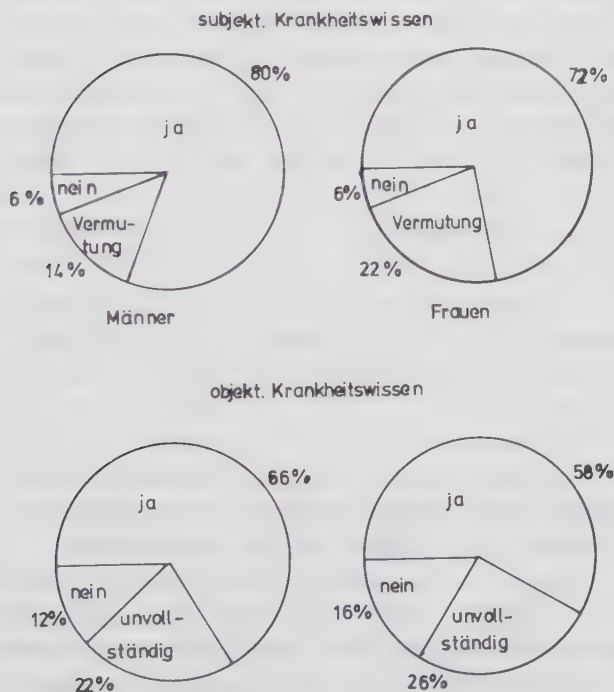
b. Objektives Krankheitswissen

In dieser Rubrik wurden die Antworten vom Untersucher selbst eingetragen. Er ging dabei so vor, daß er von einem objektiven Krankheitswissen des Patienten dann ausging, wenn der Kranke genauere Aussagen über sein Leiden machen konnte und ihm die Prognose seiner Krankheit bekannt war.

62 % der Patienten hatten ein objektives Krankheitswissen. Eine unvollkommene Vorstellung fand man bei 24 % der Befragten, hier lag der Anteil der Frauen mit 13 % etwas höher als der der Männer mit 11 %. 12 % der Männer und 16 % der Frauen waren ohne jedes objektive Krankheitswissen.

Am wenigsten waren die Patienten mit Erkrankungen des blutbildenden Systems informiert, während die Herz-Kreislauf-, die Diabetes-, die Hyperthyreose- und die Magen-Darmkranken häufig ihre Diagnose kannten. Ferner zeigte sich, daß der Informationsgrad mit der Dauer der Krankheit zunahm.

Abb. 11 : Subjektives und objektives Krankheitswissen der hundert Patienten, ausgedrückt in Prozent



c. Reaktion auf die Diagnosestellung

Die Reaktion auf die Diagnosestellung durch den Arzt war bei den befragten Patienten sehr unterschiedlich. Am häufigsten wurde diese Mitteilung mit Verständnis aufgenommen, 36 % der Männer und 18 % der Frauen antworteten in diesem Sinne. Mehr Frauen als Männer reagierten jedoch entsetzt, während die männlichen Patienten häufig die Diagnose gleichgültig aufnahmen. 8 % hatten mehr oder weniger resigniert, denn sie äußerten, daß man doch nichts an der Krankheit ändern könne. Besonders die Leber- und Nierenkranken waren entsetzt, als der Arzt ihnen die Diagnose stellte. Mit Verständnis reagierten besonders die älteren Frauen, während die jüngeren Patientinnen häufig die Diagnose mit Schrecken aufnahmen.

d. Wunsch nach Aufklärung

Zu diesem Fragenkomplex gehörte noch die Frage, ob die Patienten es als wünschenswert erachten, etwas über ihre Krankheit bzw. die Diagnose selbst zu erfahren.

Bei der Auswertung stellte sich heraus, daß fast alle Patienten wissen möchten, unter welcher Krankheit sie leiden, die Frauen eher als die Männer (41 % der Männer und 45 % der Frauen). 12 % der Patienten ist es gleichgültig, während es 4 % ganz ablehnen, über ihre Krankheit informiert zu werden. Eine Abhängigkeit vom Alter oder der Schulbildung der Befragten konnte nicht festgestellt werden. Daß hierbei jedoch das Bedürfnis nach Information meist nur oberflächlich war, läßt sich daraus erkennen, daß fast keiner der

Patienten von sich aus den Versuch unternommen hatte, den Arzt zu befragen.

e. Subjektive Prognose

Mit dieser Frage wollten wir erfahren, wie der Patient selbst seine Heilungsaussichten bzw. den Verlauf seiner Erkrankung beurteilt. Am häufigsten wurde besonders von den Frauen angegeben, daß man auf eine Besserung hoffe. 11 % meinten sogar, daß sie geheilt entlassen würden. 40 % der Kranken waren der Auffassung, daß sich ihr Zustand auch in den nächsten Jahren nicht verändern werde (mehr Männer als Frauen), während an eine Verschlechterung mehr Frauen als Männer glaubten. Diese Frauen waren ausnahmslos Patientinnen mit Nierenerkrankungen. Die Patienten mit Herzerkrankungen hofften fast alle auf eine Besserung, während die Asthmatiker etwas pessimistischer eingestellt sind, sie können sich eine Besserung in ihrem Zustand schlecht vorstellen.

Mit zunehmender Krankheitsdauer sinkt die Hoffnung auf eine Besserung der Krankheit und die Patienten neigen mehr dazu, an ein Konstantbleiben ihrer Erkrankung zu glauben. Diese Einstellung findet man besonders unter den männlichen Befragten, die weiblichen Patienten sind auch noch nach längerer Krankheitsdauer optimistischer eingestellt.

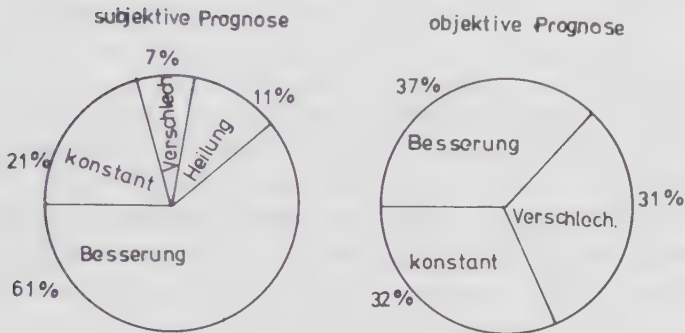
Gliedert man die Antworten auf diese Frage nach der Konfessionszugehörigkeit, so stellt sich heraus, daß die evangelischen Männer eher als die Katholiken an eine Verschlechterung b.z.w. an einen gleichbleibenden

Verlauf ihrer Erkrankung glauben. Bei den Patientinnen kann dieser Unterschied nicht aus der Gegenüberstellung der beiden Rubriken geschlossen werden.

f. Objektive Prognose

Diese Rubrik wurde vom Untersucher selbst ausgefüllt, er entnahm diese Angaben aus den Krankenblättern und den Aussagen der Ärzte. Bei 36 % der Befragten ist mit einer Besserung ihrer Krankheit zu rechnen, bei 31 % wird sich kaum eine Änderung des Zustandes ergeben. Bei 26 % wird jedoch mit ziemlicher Sicherheit eine Verschlechterung eintreten. Besonders den Männern mußte relativ häufig eine schlechte Prognose gestellt werden. Bei 2 männlichen und bei 2 weiblichen Patienten wird die Krankheit bald zum Tode führen. Wenn man die Übereinstimmungen zwischen subjektiver und objektiver Prognosestellung zusammenstellt, so ergibt sich bei 27 % der Befragten, daß die Ergebnisse gleichlautend ausfielen, bei 73 % stimmte die subjektive Prognose nicht mit der Prognosestellung durch den Untersucher überein.

Abb. 12 : Beurteilung der Prognose durch den Patienten und den Untersucher, dargestellt an den hundert befragten Patienten



g. Einstellung zur chronischen Erkrankung

Der überwiegende Teil der Patienten gab an, sich mit der Chronizität der Krankheit abgefunden zu haben (72 %). Es hatten sich etwas mehr Frauen als Männer schon an diesen Gedanken gewöhnt. Für 13 % der Befragten ist es unvorstellbar, eine chronische Krankheit zu haben. 2 Männern war es gleichgültig, einer machte zu dieser Frage gar keine Aussage. Für 5 Frauen und nur 2 Männer überwog der Wille, am Leben zu bleiben.

Am wenigsten konnten sich diejenigen Kranken an den Gedanken einer chronischen Krankheit gewöhnen, die

ein Ulcus duodeni oder eine Lebercirrhose hatten. Die Annahme, daß mit zunehmendem Alter die Patienten eher mit einer chronischen Krankheit leben können, konnte bei dieser Befragung nicht bestätigt werden. Bei den 40 - 60-Jährigen lag der Prozentsatz am höchsten, für den eine chronische Erkrankung undenkbar war.

Bei einem Vergleich der Krankheitsdauer mit der Einstellung zur chronischen Krankheit läßt sich erkennen, daß sich die Patienten mit zunehmender Krankheitsdauer eher mit der chronischen Krankheit abfinden können. Das trifft jedoch nur auf die männlichen Befragten zu.

Am wenigsten konnten sich die unverheirateten Männer damit abfinden, chronisch krank zu sein, während fast alle verwitweten Personen bereit waren, dieses Los zu tragen.

Inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Hauptsorge der Patienten, die sich durch die Krankheit ergeben hat, und der Einstellung zur chronischen Erkrankung besteht, wurde in einer anderen Tabelle festgestellt. Am wenigsten mit einer chronischen Krankheit hatten sich diejenigen abgefunden, die sich Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit machten. In etwas geringerem Ausmaß gilt das auch für die Patienten, für die das vordringlichste Problem die Befreiung von den Beschwerden war.

h. Einstellung zum Tod

Zum Schluß gehört in dieses Kapitel noch die Frage nach der Einstellung zu einem frühzeitigen Tod. Es ist verständlich, daß hier z.T. keine Angaben gemacht werden konnten, da der Untersucher mit großer Vorsicht an dieses Thema herangehen mußte. Nicht überall ist es gelungen, das Gespräch auf dieses Thema zu lenken, so daß einige Antworten fehlen.

Am häufigsten wurde auf diese Frage geantwortet, daß man noch einige Jahre in Ruhe und Frieden leben wolle. Von den 32 %, die diese Antwort gaben, waren 12 % Männer und 20 % Frauen. 24 % hatten sich zu diesem Thema noch keine Gedanken gemacht und 22 % machten gar keine Aussage. Eine Frau wünschte sich den Tod herbei, 4 % war der Gedanke daran gleichgültig. Ebenfalls 4 % fanden die Vorstellung unerträglich. Bei 6 % schwankte die Einstellung zu einem frühzeitigen Tod je nach der psychischen Konstellation. Erstaunlich ist, daß 6 % diesen Gedanken schon bewußt angenommen hatten, besonders die Männer äußerten sich in diesem Sinne.

Alle Patienten, die den Gedanken an einen vorzeitigen Tod schon angenommen hatten, litten an solchen Krankheiten, die in kurzer Zeit auch zum Tode führten (Cystennieren).

Setzt man das Alter der Patienten mit der Einstellung zum Tod in Beziehung, so läßt sich daraus erkennen, daß sich die jüngeren Patienten seltener Gedanken

um den Tod gemacht haben. Aber auch diejenigen, die schon jahrelang an ihrer Krankheit litten, hatten sich nicht häufiger mit dem Gedanken an den Tod beschäftigt, sondern sie hofften auch noch auf ein paar Jahre beschwerdefreie Zeit.

Ein Zusammenhang zwischen dem augenblicklichen Krankheitszustand und der Einstellung zum Tod läßt sich nur in der Richtung feststellen, daß diejenigen Patienten, die ihren Zustand als verschlechtert bewerten, sich eher mit dem Gedanken an einen frühzeitigen Tod befaßt haben. Die Patienten, die sich fast gesund fühlten, gaben auch am häufigsten an, sich noch nicht mit solchen Gedanken auseinandergesetzt zu haben.

5. Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt

In diesem Kapitel sollen die Fragen zusammengefaßt werden, die die Beziehungen des Kranken zu seiner Umwelt bzw. zu seinen Mitmenschen betreffen. Zunächst wurde nach Hilfestellungen gefragt, die der Patient auf Grund seiner Erkrankung von anderen erfahren hat.

a. Praktische Hilfe von Personen

Fast alle Patienten gaben an, praktische Hilfe von Personen zu erhalten. Am häufigsten wurde der Ehepartner als Hilfsperson angegeben (52 %), allerdings zum Überwiegenden Teil von Männern. Das mag auch daran liegen, daß der Anteil der verheirateten Männer in unserem Patientengut größer ist als der

der Frauen. Bei 13 % (12 % Frauen, 1 % Männer) waren die Kinder diejenigen Personen, die sich um das kranke Familienmitglied kümmerten. Auch der Anteil, bei denen die Geschwister helfend eingreifen, ist bei den Frauen höher als bei den Männern. Vielleicht läßt sich aus diesem Ergebnis schließen, daß die Bindung der Frau an die Familie enger ist als diejenige des Mannes.

b. Praktische Hilfe durch Institutionen

Der überwiegende Teil der Befragten gab an, durch die Krankenkasse oder die Versicherung hinreichend unterstützt zu werden. Keine Hilfe erhielten 11 % und 5 % wurden von der Fürsorge unterstützt. Bei 5 % griff der Arbeitgeber helfend ein.

c. Seelische Hilfe durch Personen

Ähnlich wie in der vorletzten Rubrik fiel auch hier das Ergebnis aus. 60 % der Befragten fanden in dem Partner einen Menschen, der ihnen Halt und Zuversicht geben konnte. Auch hier stellten die männlichen Befragten mit 35 % den größeren Anteil. 13 % hatten in ihren Kindern eine seelische Unterstützung, erstaunlicherweise gaben nur Patientinnen diese Antwort. 8 % verneinten, eine seelische Hilfe zu erhalten und 4 % gaben an, daß geistliche Personen ihnen Trost spendeten, und schließlich weigerten sich 8 %, diese Frage zu beantworten.

Alle verwitweten Frauen erhielten seelische Hilfe von ihren Kindern, während 50 % der geschiedenen Frauen niemanden hatten, den sie um Rat fragen konnten.

Die verheirateten Patienten gaben bis auf wenige Ausnahmen an, daß der Partner ihnen seelische Unterstützung erteilte.

d. Seelische Hilfe durch die Religion

Hier wollten wir in Erfahrung bringen, ob der Glaube an Gott eine Hilfe für den Patienten darstellt. In der Natur der Fragestellung liegt hier wieder, daß nicht alle Patienten bereit waren, diesen Punkt zu beantworten. Trotzdem sind einige erwähnenswerte Ergebnisse entstanden. 34 % wollten sich zu dieser Fragestellung nicht äußern, mehr Männer als Frauen. 22 % sahen für sich in dem Glauben keine Möglichkeit, Hilfe und Trost zu finden, etwa in gleichem Maß Männer und Frauen. 43 % gaben an, in dem Glauben an Gott eine Hilfe für das Ertragen ihrer Krankheit zu haben. Hier überwiegt eindeutig der Anteil der weiblichen Befragten.

Besonders diejenigen Patienten, die einer Sekte oder einer freikirchlichen Bewegung angehörten, fanden in dem Glauben Trost. Mit zunehmendem Alter (etwa ab 60 Jahren) nehmen die positiven Antworten zu, d.h. die älteren Menschen sind eher gläubig als die jüngeren.

e. Anderweitige seelische Hilfe

Anderweitige seelische Hilfe zu erhalten, verneinten fast alle Befragten, nur 9 % gaben hier eine positive Antwort. 42 % enthielten sich einer Äußerung und 49 % beantworteten diese Frage mit " nein ".

f. Einstellung zu Besuchen

Die Angabe, erfreut über jeden Besuch zu sein, machten 51 % der Befragten, davon 28 % Männer. 40 % wollten lieber, daß nur die engsten Freunde ins Krankenhaus kommen. 5 % empfanden den Besuch manchmal als Belästigung und 4 % wollten am liebsten ganz in Ruhe gelassen werden.

g. Gefühl anderen lästig zu sein

Mit dieser Frage wollten wir in Erfahrung bringen, ob die Patienten schon einmal das Gefühl hatten, anderen Personen durch ihre Krankheit zur Last zu fallen. Diese Tatsache verneinten jedoch fast alle Befragten (86 %), Männer zu 41 % und Frauen zu 45 %. Nur ein Mann gab zu, daß er glaube, seiner Familie und seinen Mitmenschen lästig zu fallen. 11 % nehmen an, daß dies ab und zu der Fall sein könnte, und 2 Patienten äußerten sich nicht zu dieser Frage.

6. Reaktion der Umwelt auf die Erkrankung

a. Reaktion des Arztes

Viele Patienten konnten sich nicht mehr erinnern, wie ihr Arzt auf die Krankheit reagiert hatte. So konnten 45 % zu diesem Punkt keine Aussage machen. 14 % fanden, daß ihr Arzt hilfsbereit reagiert hatte, bei 13 % hatte er Verhaltensmaßregeln gegeben. Ebenfalls in 13 % der Fälle zeigte der Arzt keine Reaktion und in 7 % war er erstaunt. 6 % der Patienten gaben an, daß er sich nicht aufklärend genug verhalten

hatte und 8 % glaubten, daß er sehr besorgt war.

Die Frage nach der Reaktion des Arbeitgebers wurde von den meisten Patienten nicht beantwortet, so daß hier auf eine Auswertung verzichtet werden kann.

b. Reaktion des Partners

In 34 % der Fälle reagierte der Partner auf die Krankheit mit Besorgnis, bei den männlichen Kranken häufiger. 14 % gaben an, daß sich ihr Partner hilfsbereit gezeigt hatte, hier überwiegen wieder zahlenmäßig die Antworten der männlichen Patienten.

Da einige Patienten verwitwet oder unverheiratet waren, konnten sie zu dieser Frage nicht Stellung nehmen (13 %), diese Gruppe wird bis auf einen Patienten nur von Frauen gebildet. 17 % beantworteten diese Frage gar nicht, die übrigen Antworten verteilten sich gleichmäßig auf die vorgegebenen Möglichkeiten.

7. Problembereiche des Patienten

a. Hauptsorge, die sich durch die Krankheit ergeben hat

Am häufigsten wurde die Sorge um die zukünftige Gesundheit angegeben. 31 % äußerten sich in diesem Sinne, jedoch liegt hier der Anteil der weiblichen Patienten eindeutig höher. Anscheinend wünschten die Männer als dringlichstes, zunächst von ihren Beschwerden befreit zu werden. Ein wichtiges Kriterium für die Männer scheint noch die Leistungsfähigkeit im Beruf zu sein, denn 7 % der Befragten (nur Männer) legten

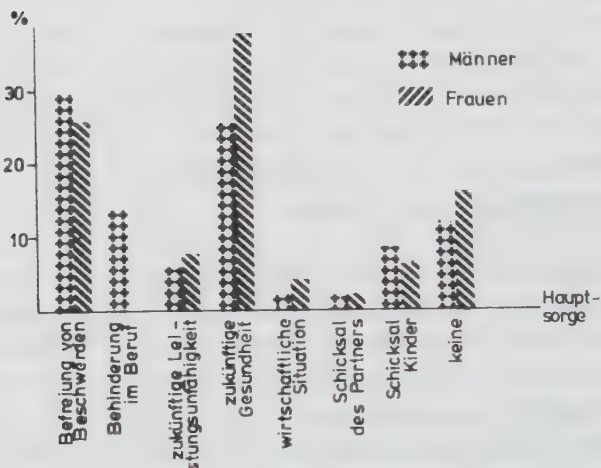
auf diesen Punkt besonders viel Wert. Insgesamt 15 % machten sich keine Sorgen um die Zukunft und ihre Erkrankung.

Vergleicht man das Alter der Patienten mit der Hauptsorge, so läßt sich feststellen, daß mit zunehmendem Alter, also über 70 Jahren, die Patienten sich weniger Gedanken um ihre Gesundheit machten. Fast alle Patienten dieser Altersstufe haben angegeben, daß sie keine Sorgen haben.

Die Patienten, die ihren augenblicklichen Zustand als gebessert ansehen, gaben auch zum überwiegenden Teil an, daß sie nichts belastet. Bei den Kranken, deren Zustand sich verschlechtert hatte, machten sich die Frauen in erster Linie Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit, während die Männer möglichst bald von ihren Beschwerden befreit werden wollten.

Alle Männer, die als größte Sorge eine Behinderung im Beruf ansahen, sind verheiratet, ebenso diejenigen, deren Hauptsorge das Schicksal der Familie ist. Die meisten verwitweten Frauen machten sich keine Gedanken um die Zukunft.

Abb. 13 : Hauptsorge, die sich für die hundert befragten Patienten durch die Erkrankung ergeben hat, ausgedrückt in Prozent



b. Hauptbelastung des Patienten (subjektiv)

Die Belastungen, die sich durch die Krankheit für den Patienten ergeben haben, sollten in diesem Punkt erfragt werden. 33 % der Befragten gaben an, daß für sie durch die Erkrankung keine besonderen Belastungen entstanden seien. Weitere 33 %, etwas mehr Frauen als Männer, befürchteten eine Verschlechterung ihres augenblicklichen Zustandes. Für 20 % war der Gedanke, nicht mehr gesund zu werden und somit den anderen zur Last zu fallen, unerträglich. 8 %, mehr Männer als Frauen, befürchteten, nicht mehr ihren Beruf ausüben zu können und damit einer ihrer

wichtigsten Lebensaufgaben nicht mehr nachgehen zu können. 8 % (nur Männer) belastete der Gedanke, durch die Erkrankung in eine finanzielle Notlage zu geraten. Vor einem frühzeitigen Tod hatten 10 % Angst, weitaus mehr Frauen als Männer.

Die verwitweten Frauen konnten zum größten Teil keine genaue Belastung angeben, während sich die geschiedenen Frauen am ehesten Sorgen um ihre Kinder machten. Die verheirateten Männer befürchteten eine Verschlechterung ihres Zustandes oder hatten Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können. Die verheirateten weiblichen Patienten machten sich in erster Linie Sorgen um ihre Gesundheit oder sie hatten die Befürchtung, überhaupt nicht mehr gesund zu werden. Mehr Männer als Frauen verneinten die Frage nach einer Belastung.

Diejenigen Patienten, die bei der Frage nach der Hauptsorge die Befreiung von den Beschwerden angegeben hatten, befürchteten zum überwiegenden Teil eine Verschlechterung ihres Zustandes. Die meisten Männer, die eine Behinderung im Beruf als ihre Hauptsorge ansahen, äußerten auch bei der Frage nach der Hauptbelastung, daß sie Angst davor hätten, nicht mehr arbeiten zu können, ein kleinerer Teil bangte um die eigene Existenz. Auch diejenigen Patienten, für die die zukünftige Gesundheit von entscheidender Bedeutung war, befürchteten am häufigsten eine Verschlechterung ihrer Erkrankung. Alle Patienten, die eine Hauptsorge verneinten, schienen auch ohne eine Hauptbelastung durch die Krankheit zu sein.

c. Hauptbelastung des Patienten (objektiv)

Die Beantwortung dieser Frage wurde vom Untersucher selbst vorgenommen, indem er von seiner Sicht aus versuchte, die Hauptbelastung, die sich für den Patienten durch seine Erkrankung ergeben hat, zu beurteilen.

Bei 35 % überwog die Sorge um eine Verschlechterung ihres Zustandes. 15 % der Befragten, meistens Frauen, machten den Eindruck, daß sie sich vor einem frühzeitigen Tod fürchteten, auch wenn sie das nicht offen im Gespräch äußerten. Bei insgesamt 36 % der Befragten konnte auch der Untersucher nach einem längeren Gespräch nicht feststellen, ob der Patient sich überhaupt Sorgen machte, und in welche Richtung sie gingen. Wenn man die Antworten auf die Frage nach der subjektiven und der objektiven Hauptbelastung gegenüberstellt, so ergeben sich in 18 % der Fälle unterschiedliche Beurteilungen, bei den Frauen ebenso häufig wie bei den Männern.

d. Abhängigkeit der Familie von der erkrankten Person

Mit dieser Frage sollte festgestellt werden, inwieweit und ob die Familie auf das kranke Mitglied angewiesen ist.

59 % gaben an, daß keine Abhängigkeit bestehe, der Prozentsatz, der diese Antwort gab, lag bei den Frauen höher als bei den Männern. Bei 15 % ist die Familie abhängig vom Verdienst der erkrankten Person, hier

stellten die Männer fast den gesamten Anteil. Besonders die weiblichen Patienten werden dringend im Haus gebraucht, um die nötigen Arbeiten zu verrichten.

Je älter die Patienten werden, um so weniger besteht irgendeine Abhängigkeit. Besonders die jüngeren Männer äußerten, daß ihre Familie abhängig von ihrem Verdienst seien. Weiterhin wurde die Beantwortung dieser Frage von dem Familienstand der betreffenden Person beeinflusst. Der überwiegende Teil der Unverheirateten ist ohne eine derartige Belastung, auch die Verwitweten äußerten sich in diesem Sinne. Bei den Verheirateten sind die Familien der Männer von deren Verdienst abhängig, die Familien der Frauen von ihrer Hilfe zu Hause.

Bei einem Vergleich der Hauptsorge mit diesem Punkt ergibt sich folgendes : Diejenigen Männer, deren Familien abhängig von deren Verdienst sind, machen sich auch die meisten Sorgen um eine mögliche Behinderung im Beruf und um das Schicksal der Familie. Diejenigen, die in erster Linie eine Befreiung von ihren Beschwerden wünschen, sind größtenteils ohne eine Belastung durch ihre Familie.

Abb. 14 : Familienstand der hundert befragten Personen in Beziehung zur Abhängigkeit der Familie von der erkrankten Person

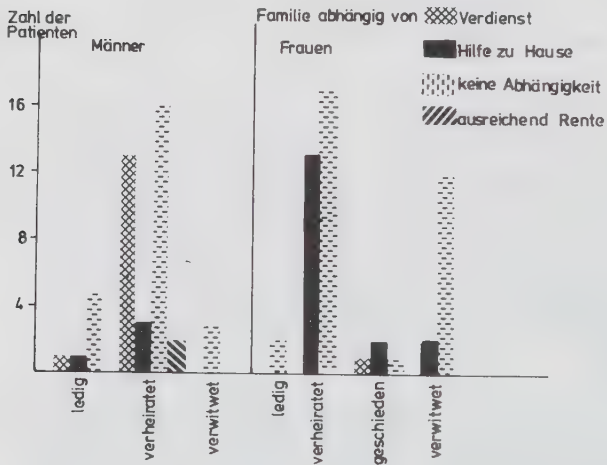
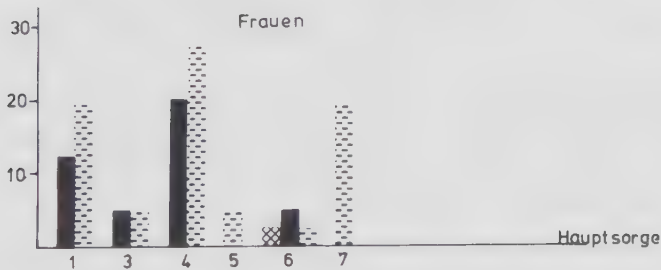
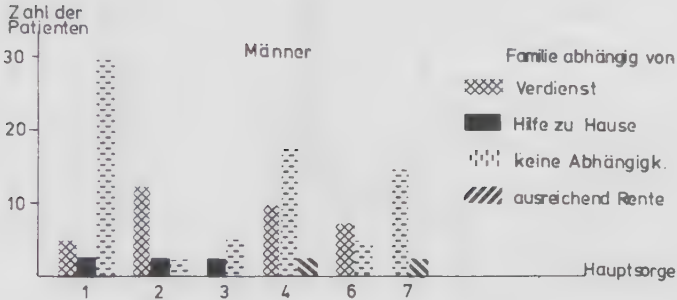


Abb. 15 : Hauptsorge der hundert befragten Patienten in Beziehung zur Abhängigkeit der Familie zu der erkrankten Person



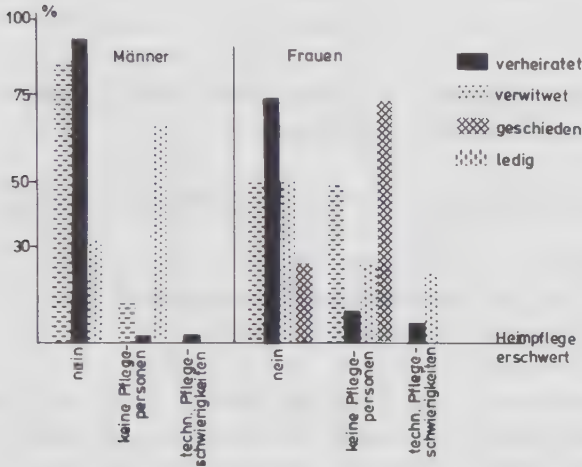
Hauptsorge: 1 Befreiung von Beschwerden
 2 Behinderung im Beruf
 3 zukünftige Leistungsfähigkeit
 4 zukünftige Gesundheit
 5 wirtschaftliche Situation
 6 Schicksal der Familie
 7 keine Sorgen

e. Möglichkeiten der Heimpflege

Bei 77 % der Befragten traten keine Schwierigkeiten bei der häuslichen Pflege auf, besonders die Männer äußerten sich in diesem Sinne. Bei 15 % fehlten die notwendigen Pflegepersonen, bei den Frauen häufiger. Bei mehr Frauen als Männern gab es technische Pflegeschwierigkeiten. Bei 4 % (nur Frauen) lag das Problem in einer zu engen Wohnung.

Eine deutliche Korrelation zwischen Familienstand und den Möglichkeiten der häuslichen Pflege läßt sich erkennen. Bei den Unverheirateten ist zu 87 % die Heimpflege nicht erschwert, bei den verheirateten Männern sogar zu 95 %. Anders liegen die Verhältnisse bei den weiblichen Patienten, hier ist nur bei 76 % der Verheirateten die Heimpflege nicht erschwert. Bei den geschiedenen Frauen gaben sogar 75 % an, ohne Pflegepersonal zu sein. 50 % der verwitweten Frauen hatten keine Schwierigkeiten bei der häuslichen Versorgung, 28 % klagten über mangelndes Pflegepersonal und 22 % über technische Pflegeschwierigkeiten.

Abb. 16 : Möglichkeiten der Heimpflege in Abhängigkeit von dem Familienstand der befragten Personen



f. Einstellung zur Heimpflege

84 % der befragten Patienten gaben an, lieber zu Hause zu liegen als im Krankenhaus, da sie sich in der häuslichen Atmosphäre wohler fühlten. 5 % entschieden sich für die Pflege zu Hause aus finanziellen Gründen und 3 % hatten das Bestreben, sich zu Hause noch an Aufgaben zu beteiligen. 3 % (nur Frauen) zogen die Pflege in der Klinik vor, 10 äußerten sich unentschieden.

g. Zukünftige Lebensweise

43 % wollten keine Veränderungen in ihrem Leben

vornehmen. 15 % wollten ihre bisherige Lebensweise vollkommen umstellen, und 13 % wollten ab jetzt gesünder leben. 14 % freuten sich schon auf die Zeit nach der Entlassung und 12 % hatten sich zu diesem Thema noch keine Gedanken gemacht.

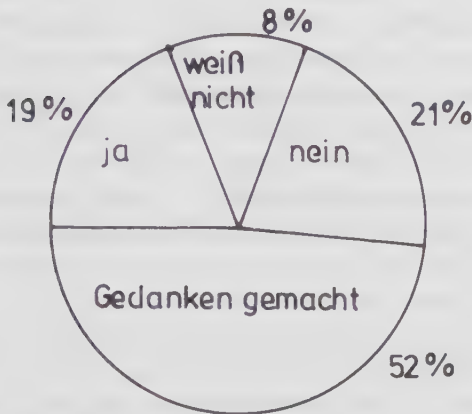
8. Vorstellungen des Kranken zur Entstehungs-
ursache seiner Erkrankung

a. Generelles Wissen um die Krankheitsursache

Es ging hier darum, vom Patienten zu erfahren, ob er sich selbst schon einmal Gedanken gemacht hat, wie sein Leiden zustande gekommen ist.

52 % äußerten, daß sie sich schon einmal Gedanken gemacht hätten, besonders die weiblichen Patienten. Ein positives Krankheitsursachewissen glaubten 18 % zu haben, mehr Männer als Frauen. 21 % hatten keine Vorstellung, wodurch ihre Krankheit kam, und 8 % gaben die Antwort " weiß nicht ".

Abb. 17 : Krankheitsursachewissen der befragten Patienten



b. Verantwortung selbst

74 % entschieden sich dafür, daß sie für ihre Erkrankung nicht verantwortlich seien, mehr Frauen als Männer. 13 %, mehr Männer als Frauen, gaben zu, vielleicht unbewußt etwas zur Krankheit beigetragen zu haben, während nur jeweils 2 Männer und 2 Frauen glaubten, fahrlässig im Hinblick auf ihre Erkrankung gehandelt zu haben. 6 %, überwiegend Männer, befürchteten, eventuell durch ihre Lebensweise das Leiden mitverschuldet zu haben. Diese Antworten fanden sich besonders bei Patienten mit Erkrankungen der Lungen und bei Ulcuspatienten.

c. Bisherige Lebensweise

In dieser Frage sollte in Erfahrung gebracht werden, inwieweit die Patienten ihre Krankheit auf ihre vergangene Lebensweise zurückführen. 74 % verneinten einen Zusammenhang zwischen der vergangenen Lebensweise und dem Zustandekommen ihrer Erkrankung.

10 % glaubten zu dem jetzigen Zeitpunkt, daß sie gesünder hätten leben sollen, besonders die Männer machten sich solche Gedanken. 11 % meinten, mehr Männer als Frauen, daß sie in ihrem Leben zu viel gearbeitet hätten und die Erkrankung auf Überbelastung im Beruf zurückzuführen sei.

Fast alle diejenigen, die glaubten, daß ihre Lebensweise nichts mit der Erkrankung zu tun hat, geben sich selbst auch nicht die Verantwortung an dem Leiden. 86 % der männlichen Befragten, die meinten, zu viel gearbeitet zu haben, glauben dadurch unbewußt ihre Krankheit verursacht zu haben. Auch die Patienten, die sich jetzt Vorwürfe machten, nicht gesund genug gelebt zu haben, befürchteten z.T. unbewußt, z.T. durch ihre Lebensweise die Erkrankung gefördert zu haben. Der Anteil der Kranken, die von sich annehmen, in ihrem bisherigen Leben zu viel gearbeitet zu haben, wird fast nur von Selbständigen und Angestellten der kaufmännischen Berufe gebildet. Die Arbeiter und die Angestellten warfen sich häufiger als die anderen Berufsgruppen vor, nicht gesund genug gelebt zu haben.

d. Seelische Ursachen für die Erkrankung

An psychische Belastungen als Krankheitsursache glaubten nur Frauen (3 %), für möglich hielten es immerhin 21 % der Befragten, auch hier stellen die weiblichen Befragten den größeren Anteil. 76 % gaben jedoch an, daß seelische Ursachen bei der Auslösung der Krankheit keine Rolle gespielt hätten.

Besonders häufig gaben Männer mit Oberbauchbeschwerden an, daß ihre Erkrankung seelisch mitbedingt sein könnte.

e. Umwelteinflüsse als Krankheitsursache

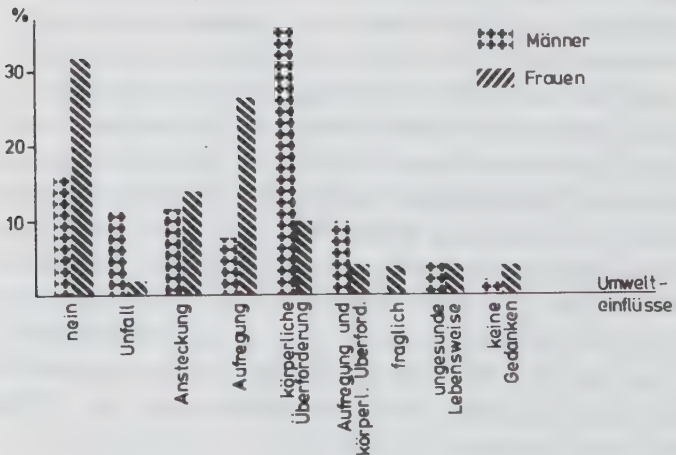
Inwieweit Umwelteinflüsse die Erkrankung gefördert oder ausgelöst haben könnten, wurde als letzte Frage in diesem Themenkreis gestellt.

Diesen Zusammenhang verneinten 24 %, wobei der Prozentsatz bei den Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern war. 7 % gaben einem Unfall die Schuld an ihrem Leiden und 13 % bezogen ihre Erkrankung auf eine Infektion. Interessant ist weiterhin, daß 17 % der Befragten zuviel Aufregung, also seelischem Stress die Verantwortung gaben, diesen Umstand beschuldigten besonders die weiblichen Patienten. 23 % glaubten, durch körperliche Überforderung die Krankheit bekommen zu haben, hier überwogen weitaus die Aussagen der Männer. An die Ursache der Erkrankung in einer beruflichen Überbelastung glaubten mehr Männer als Frauen. 7 % gaben der seelischen sowie der körperlichen Überforderung die Schuld. 4 % beschuldigten

ihre vergangene Lebensweise als auslösenden Faktor, und nur 3 % hatten sich noch keine Gedanken darüber gemacht.

Wenn man den Beruf der Patienten in Zusammenhang setzt mit dem eben diskutierten Punkt, so ergibt sich folgendes Bild : Die Arbeiter, Angestellten und Selbständigen geben zum größten Teil der körperlichen Überforderung die Schuld, während die Landwirte seelischen Stress als Krankheitsursache annehmen. Am wenigsten beziehen die Hausfrauen ihre Krankheit auf eine Überbelastung von seiten des Berufs, sie vermuten eher, daß seelischer Stress die Krankheitsursache sein könnte.

Abb. 18 : Einflüsse der Umwelt als Entstehungsursache für die Krankheit, dargestellt an den hundert befragten Patienten



E. Auswertung der Ergebnisse der Befragung unter dem Gesichtspunkt der Erblichkeit

1. Einteilung der Erkrankungen in Erblichkeitsgruppen

Nachdem zunächst bei der Auswertung der Ergebnisse der Befragung das Hauptgewicht auf soziale und persönliche Belange gelegt worden ist, sollen im nun folgenden Teil die Antworten der Patienten unter einem neuen Gesichtspunkt betrachtet werden, und zwar unter dem der Erblichkeit der Erkrankungen. Dazu mußte zunächst eine Einteilung der Krankheiten in verschiedene Erblichkeitsgruppen vorgenommen werden, um ein definiertes Bezugsschema zu erhalten. Da die Befragung an einer Klinik mit Erkrankungen der inneren Organe vorgenommen worden ist, sind die meisten Erkrankungen nicht durch exogene Ursachen (Traumen, Infektionen usw.) hervorgerufen worden, sondern in den meisten Fällen ist die Ätiologie dieser Erkrankungen noch weitgehend unbekannt. So fiel es dem Verfasser nicht leicht, eine Einteilung in verschiedene Erblichkeitsgruppen zu finden, die allen vorkommenden Krankheiten gerecht wird. Folgendes Schema hat sich als brauchbar erwiesen :

1. Krankheiten mit schon bekanntem Erbgang
2. Krankheiten, bei denen der Erbgang noch nicht genau geklärt ist, die genetische Komponente aber sicherlich eine Rolle spielt (im Text und in den Tabellen als erblich mitbedingte Krankheiten bezeichnet)
3. Krankheiten, bei denen die Erbanlage keine große Bedeutung hat (im Text und in den Tabellen als exogene Krankheiten bezeichnet).

Nach diesen drei Gesichtspunkten konnten nun die verschiedenen Diagnosen eingeordnet werden.

Zu den Erkrankungen mit bekanntem Erbgang wurden folgende gezählt :

Diabetes mellitus (6mal)

Cystennieren (3mal)

Hämophilie A (1mal)

Sphärocytose (1mal)

Die Einordnung der Erkrankungen in diese Erblichkeitsgruppe wurde in Anlehnung an W. Lenz vorgenommen.

Die Gruppe mit erblich mitbedingten Erkrankungen umfaßte folgende Krankheiten :

Ischämische Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz)

Hypertonie

Allergische Erkrankungen (Asthma bronchiale)

Rheumatische Erkrankungen

Ulcus duodeni und ventriculi, Colitis ulcerosa

Chronische Pyelonephritis

Leukämieformen

Hyperthyreose

Angeborener Hypoparathyreoidismus

Die Publikationen von O. von Verschuer, P.E. Becker und W. Lenz lassen diese Einteilung gerechtfertigt erscheinen.

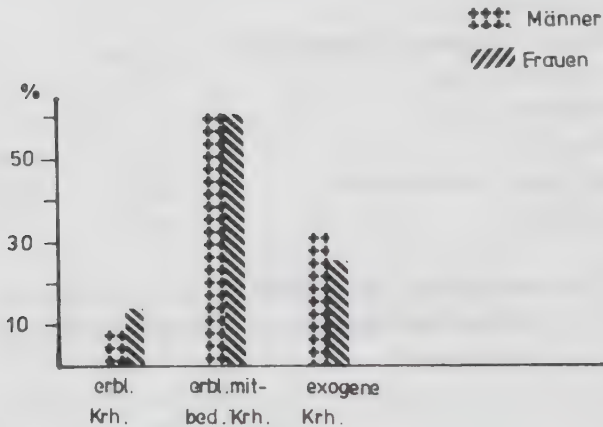
Zu den exogen bedingten Erkrankungen wurden die folgenden gezählt :

Erworbene Herzfehler
Lebercirrhose
Glomerulonephritis
Erworbener Hypoparathyreoidismus
Einheimische Sprue
Gastroenteritis
Osteomyelitis
Wegner'sche Granulomatose
Darmfistel

Tab. 2 : Häufigkeit der Erkrankungen in den drei
Erblichkeitsgruppen, gegliedert nach
Geschlecht

	erbl. Krh.	erbl.mitbed. Krh.	exogene Krh.	gesamt
Männer	4	30	16	50
Frauen	7	30	13	50

Abb. 19 : Häufigkeit der Erkrankungen in den Erblichkeitsgruppen



2. Auswertung der objektiven Daten

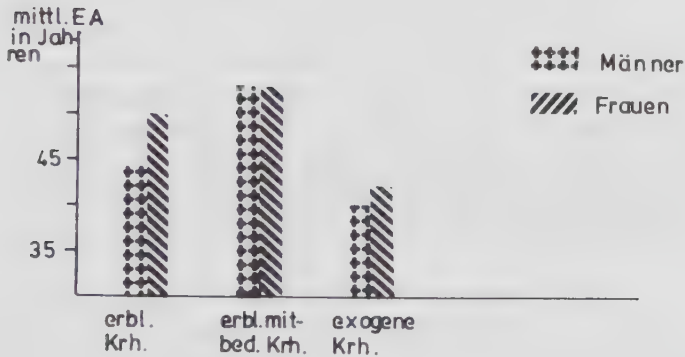
Im folgenden Abschnitt sollen nur diejenigen Fragen aus dem Untersuchungsbogen nach dem Gesichtspunkt der Erblichkeit ausgewertet werden, die im Hinblick auf diese Fragestellung ergiebig sind. Da eine Prüfung der sozialen Daten in dieser Richtung keine auswertbaren Ergebnisse gezeigt hat, soll hier auf eine Diskussion verzichtet werden.

a. Erkrankungsalter

Das mittlere Erkrankungsalter der Patienten aus der Gruppe 2 lag zwischen 45 und 65 Jahren, 34 Patienten waren in dieser Zeitspanne erkrankt, wobei die Frauen

ein höheres Alter hatten. In der Gruppe 3 lag das Erkrankungsalter deutlich niedriger, die meisten waren zwischen dem 25igsten und 45igsten Lebensjahr erkrankt. Ein Geschlechtsunterschied konnte nicht registriert werden. Über die Hälfte der Patienten aus der Gruppe 1 hatten zwischen dem 40igsten und dem 60igsten Lebensjahr die ersten Symptome bemerkt. Die exogen bedingten Erkrankungen sind demnach früher aufgetreten als die erblich oder die erblich mitbedingten Krankheiten.

Abb. 20 : Mittleres Erkrankungsalter der Patienten in den drei Erblichkeitsgruppen



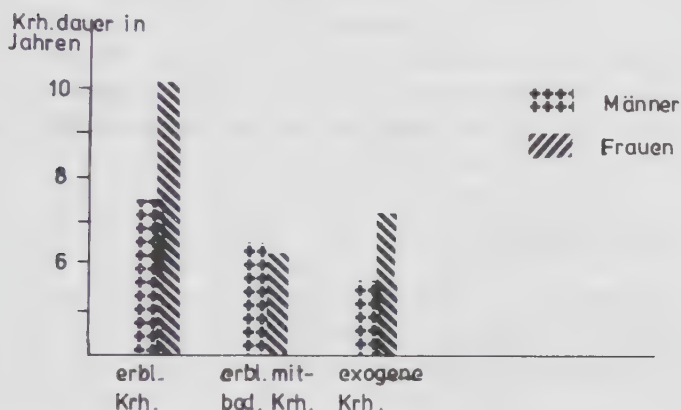
b. Berichtsalter

In den verschiedenen Erblichkeitsgruppen zeigten sich Unterschiede im Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Befragung. Entsprechend dem früheren Erkrankungsalter der Kranken aus der Gruppe 3 lag bei ihnen auch das Berichtsalter niedriger. 55 % dieser Patienten waren zwischen 40 und 60 Jahren alt, während in der Gruppe 2 nur 25 % dieser Altersstufe angehörten. Der größte Anteil dieser Gruppe war über 60 Jahre alt (59 %). Auch die Patienten mit erblichen Krankheiten waren zum größten Teil über 60 Jahre.

c. Krankheitsdauer

Die Patienten mit erblich bedingten Krankheiten hatten eindeutig den längsten Krankheitsverlauf, zu 82 % litten sie schon länger als 10 Jahre an ihrer jetzt noch bestehenden Erkrankung. In der Gruppe 2 und 3 entsprachen sich die Ergebnisse ungefähr. In der Gruppe 3 waren 45 %, in der Gruppe 2 43 % schon länger als 10 Jahre krank. Eine kurze Krankheitsdauer bis zu 2 Jahren hatte aus Gruppe 1 niemand, aus Gruppe 2 und 3 etwa 30 %.

Abb. 21 : Krankheitsdauer der Patienten in den
3 Erblichkeitsgruppen



Zusammenfassend aus diesen 3 Punkten verdienen
2 Ergebnisse besonders hervorgehoben zu werden :

1. Die exogen bedingten Erkrankungen sind im Durchschnitt früher aufgetreten als die Erkrankungen, bei denen die Vererbung eine Rolle spielt.
2. Die erblichen Krankheiten wiesen eine durchschnittlich längere Krankheitsdauer auf als die exogen und die genetisch mitbedingten Erkrankungen.

3. Verlauf der Erkrankung

a. Erste Krankheitssymptome

Die Patienten mit exogen oder erblich mitbedingten

Erkrankungen bewerteten ihre ersten Symptome nicht sehr ernst, während die Patienten mit erblichen Krankheiten sich häufiger schon zu Beginn ihrer Erkrankung Sorgen machten. Ein kleinerer Teil der Kranken aus der 3. Gruppe befürchteten jedoch schon zu dem Zeitpunkt, als die Krankheit ausbrach, das Schlimmste, die Patienten der anderen Erblichkeitsgruppen äußerten sich selten in diesem Sinne.

b. Verlauf der Krankheit

Aus der Gruppe 1 konnte kein Patient angeben, daß sich sein Zustand gebessert hatte, bei 36 % war die Krankheit nicht weiter fortgeschritten, bei 54 % jedoch verschlechterte sich die Krankheit von Jahr zu Jahr. In der Gruppe 3 lag der Anteil, dessen Zustand sich in den letzten Jahren gebessert hatte, mit 31 % am höchsten, allerdings gaben auch 58,5 % an, daß sich die Krankheit verschlimmert hatte. Dieselbe Aussage machten in Gruppe 2 sogar 65 %, während nur 10 % eine Besserung verzeichnen konnten. 18 % bezeichneten ihren Zustand als schwankend. Die Aussage "konstant" machten in der Gruppe 2 und 3 nur ein verschwindend geringer Teil der Patienten.

Im großen und ganzen ist der Verlauf bei den exogen bedingten Erkrankungen am günstigsten, bei den erblichen und den erblich mitbedingten Erkrankungen überwiegen die Symptome der Verschlechterung.

c. Augenblicklicher Krankheitszustand

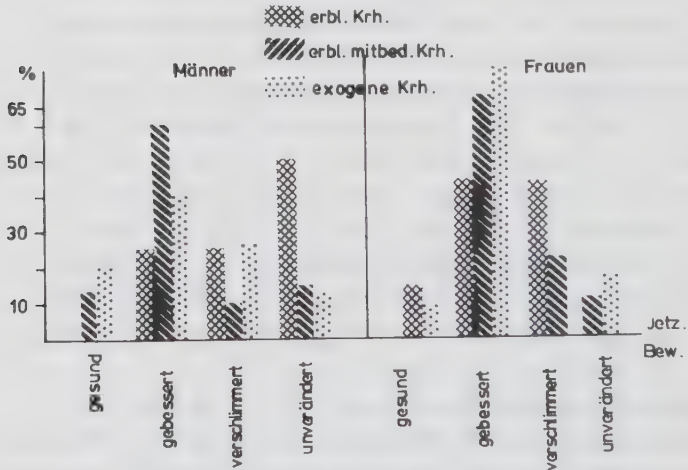
Nach dem augenblicklichen Befinden gefragt, äußerten sich die Patienten folgendermaßen :

Die Patienten mit erblichen Erkrankungen gaben zu 36 % an, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und 18 % konnten keine Veränderung feststellen.

Nur 45 % hatten den Eindruck einer Besserung. In Gruppe 3 lag der Prozentsatz, der diese Aussage machte, mit 72 % weitaus höher, jeweils 14 % fühlten sich schlechter oder konnten keine Änderung bemerken. Bei den Patienten mit erblich mitbedingten Erkrankungen beurteilten 62 % ihren Zustand als gebessert, 16,5 % ging es schlechter, 13 % fühlten sich unverändert.

In dieser Auswertung zeigt sich, daß es den Patienten mit erblichen Krankheiten meist schlechter geht als den übrigen. Zum Teil beruht das darauf, daß man gegen viele der Erbkrankheiten noch keine entsprechenden Arzneien gefunden hat. Die exogen bedingten Erkrankungen sind heute besser zu behandeln, so daß sich der Zustand der meisten Patienten dieser Gruppe wesentlich gebessert hat.

Abb. 22 : Bewertung des gegenwärtigen Zustandes durch die hundert Patienten, aufgegliedert nach den Erblichkeitsgruppen



4. Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit

a. Objektives Krankheitswissen

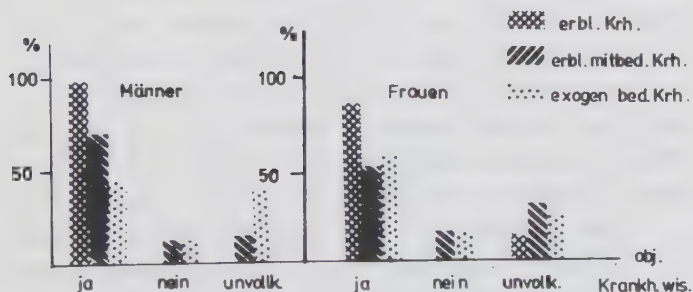
Wenn man das objektive Krankheitswissen, d.h. die Kenntnis des Patienten über seine Krankheit und deren Prognose in den einzelnen Erblichkeitsgruppen gegenüberstellt, so ergibt sich folgendes Bild :

91 % der Patienten, die eine erblich bedingte Krankheit hatten, kennen ihre Diagnose. Sie sind von den 3 Gruppen am besten aufgeklärt. Nur 9 % konnten eine unvollkommene Auskunft geben.

Andere Verhältnisse findet man bei den nicht genetisch bedingten Erkrankungen. Hier lag der Prozentsatz mit objektiven Krankheitswissen nur bei 55 %, 14 % konnten sich nichts unter ihrer Krankheit vorstellen, während 31 % nur in einem geringen Maße über ihre Krankheit informiert waren. Bei den erblich mitbedingten Erkrankungen hatten 25 % nur eine unvollkommene Vorstellung über ihre Erkrankung, 15 % hatten nach der Meinung des Befragers kein objektives Krankheitswissen. Bei 60 % stellte er dagegen ein positives Krankheitswissen fest.

Der bessere Informationsgrad der Patienten mit erblich bedingten Erkrankungen liegt wahrscheinlich darin begründet, daß sich die Ärzte bei solchen Krankheiten eher die Mühe machen, die Patienten aufzuklären, da ein solches Leiden weitreichendere Folgen hat.

Abb. 23 : Objektives Krankheitswissen der hundert Patienten, aufgegliedert nach den Erblichkeitsgruppen



b. Reaktion auf die Diagnose

Bei der Aufgliederung der Antworten nach den 3 Erblichkeitsgruppen ergibt sich ein differenziertes Bild, das schwer eine einheitliche Linie erkennen läßt. Deswegen sollen hier nur einzelne Punkte hervorgehoben werden.

In der Gruppe 1 überwiegt in geringem Maße die Reaktion der Resignation : " Man kann ja doch nichts machen ". In Gruppe 3 wurde die Diagnose am häufigsten mit Verständnis aufgenommen. Die weiblichen Befragten reagierten relativ häufig mit Entsetzen, was auch in der Gruppe der erblich mitbedingten Erkrankungen nach der verständigen Reaktion die meist gegebene Antwort war. Ansonsten lassen sich aus dieser Fragestellung keine Unterschiede zwischen den Erblichkeitsgruppen feststellen.

c. Selbstgestellte Prognose der Patienten

An eine Heilung glaubte in der Gruppe 1 nur 1 Patient, während in der Gruppe 2 10 % und in der Gruppe 3 14 % dieser Auffassung waren. Die Hoffnung auf eine Besserung hatten bei der Gruppe der genetisch bedingten Erkrankungen nur 27 %, während in Gruppe 2 66 % und in Gruppe 3 62 % an eine Besserung glaubten. 36 % der ersten Gruppe glaubten, daß ihre Krankheit auf dem jetzigen Stand stehen bleiben werde, diese Auffassung hatten in der Gruppe 2 16,5 % und in der Gruppe 3 20 %. Mit einer Verschlechterung rechneten 27 % der Patienten mit genetisch bedingten Krankheiten, 7 % (ausschließlich Frauen) mit genetisch mitbedingten

Krankheiten und kein Patient mit einer exogen bedingten Erkrankung.

Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß die Patienten mit erblichen Krankheiten sich weitaus schlechtere Prognosen stellen als die anderen. Die Patienten mit genetisch mitbedingten und exogen bedingten Krankheiten sind dagegen optimistischer eingestellt.

d. Prognosestellung durch den Befrager

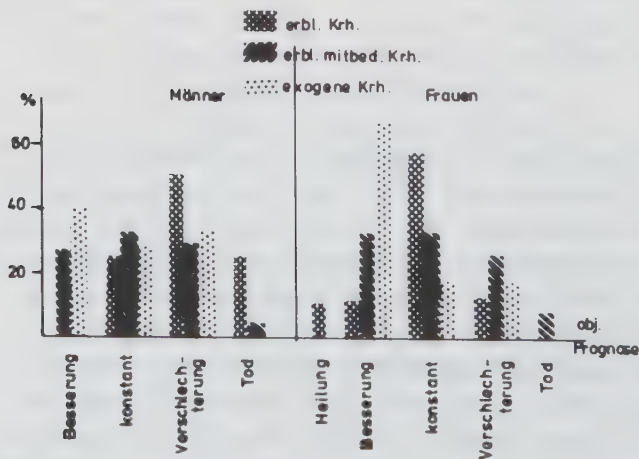
Bei der objektiven Prognosestellung ergibt sich folgende, interessante Tatsache : Die Patienten mit Erbkrankheiten stehen ihrer Krankheit nicht nur pessimistischer, sondern auch realistischer gegenüber. In dieser Gruppe sind die Abweichungen zwischen der subjektiven und der objektiven Prognosestellung am geringfügigsten, während sie in den beiden anderen Gruppen doch recht deutlich zu erkennen sind.

Bei 45 % der Patienten aus der Gruppe 1 ist damit zu rechnen, daß die Progredienz der Krankheit nicht zunimmt, während bei 36,5 % an eine Verschlechterung gedacht werden muß. Bei jeweils 9 % wird eine Heilung bzw. eine Besserung eintreten, bei 9 % jedoch auch der Tod. Bei den erblich mitbedingten Erkrankungen hat sich das Bild gegenüber der subjektiven Prognosestellung sehr gewandelt. Eine Heilung wird wohl in keinem Falle eintreten, mit einer Besserung ist bei 31,5 % zu rechnen. Bei 33 % wird die Krankheit auf dem jetzigen Stand stehen bleiben, während bei 26 % an eine Verschlechterung gedacht werden muß. In 5 % ist sogar mit einem frühzeitigen Tod zu rechnen.

Die objektiv beste Prognose konnte in der Untersuchung im großen und ganzen den Patienten mit exogen bedingten Krankheiten gestellt werden. Hier ist zwar auch kaum an eine Heilung zu glauben, aber in 48 % wird doch eine Besserung eintreten. In 27,5 % wird das Leiden an Progredienz zunehmen, während in 20,5 % die Krankheit konstant bleiben wird.

Aus dieser Zusammenstellung der objektiven Prognose läßt sich ersehen, daß die Patienten mit erblich bedingten Erkrankungen meist eine schlechtere Zukunftsaussicht haben. Ebenso verlaufen die erblichen Krankheiten in den meisten Fällen progredienter als die durch äußere Faktoren hervorgerufenen Leiden

Abb. 24 : Objektive Prognosestellung in den verschiedenen Erblichkeitsgruppen

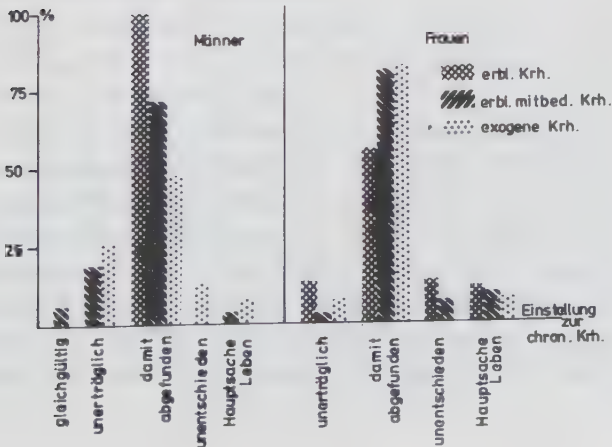


e. Einstellung zur chronischen Erkrankung

Bei den Patienten mit genetisch bedingten Krankheiten haben sich die meisten mit diesem Gedanken abgefunden (91 %). In der Gruppe mit exogen bedingten Krankheiten jedoch ist der Gedanke, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, für 17 % unerträglich, in Gruppe 2 gaben diese Antwort 12 %.

Die Patienten mit erblichen Erkrankungen haben sich also am ehesten mit der Chronizität ihrer Krankheit abgefunden. In der Gruppe 2 ist der Anteil, der sich mit diesem Gedanken nicht abfinden kann, weitaus höher, während in der Gruppe 3 die Patienten es am unerträglichsten finden, an einer chronischen Krankheit zu leiden.

Abb. 25 : Einstellung der hundert Patienten zu einer chronischen Erkrankung, aufgeteilt nach den Erblichkeitsgruppen



f. Einstellung zu einem frühzeitigen Tod

Am wenigsten hatten sich die Kranken mit exogen bedingten Erkrankungen mit diesem Gedanken auseinandergesetzt. 48 % gaben an, darüber noch nicht nachgedacht zu haben, und 31 % äußerten sich zu dieser Frage gar nicht. Lediglich 7 % hatten den Gedanken daran schon bewußt angenommen und 7 % gaben Antwort 8 (sie wollten noch ein paar Jahre leben). Anders sieht es in der Gruppe 2 aus, hier hatten sich 13,3 % noch keine Gedanken darüber gemacht, und 22 % wollten diese Frage nicht beantworten. 38 % wünschten sich, noch ein paar Jahre relativ beschwerdefrei zu leben, 8,3 % gaben an, daß ihre Einstellung zu einem frühzeitigen Tod je nach ihrer psychischen Situation schwanke. Nur einige wenige hatten diesen Gedanken bewußt angenommen oder die Vorstellung war ihnen unerträglich.

Bei den Patienten mit den erblichen Krankheiten gab der größte Teil an, noch ein paar Jahre leben zu dürfen (54,5 %). Nur 18 % hatten sich noch nicht mit solchen Überlegungen beschäftigt. Jeweils ein Patient gab keine Antwort, einem war die Vorstellung unerträglich und ein Patient hatte sich schon damit abgefunden, nicht mehr lange leben zu können.

In den meisten Fällen waren die Vorstellungen der Patienten zu dem Tod auch objektiv berechtigt. Besonders bei Patienten mit genetisch bedingten Erkrankungen stimmten die persönlichen Überlegungen mit den objektiven Befunden überein. Die Patienten mit exogen bedingten Erkrankungen hatten weitaus häufiger keine richtige Vorstellung über die Aus-

wirkungen ihrer Erkrankung.

Auch hier läßt sich erkennen, daß die Patienten mit exogen bedingten Erkrankungen ihr Leiden am wenigsten erst nehmen und daß diese Patienten wenig durch ihre Krankheit beeindruckt werden. Besonders die Patienten mit Erbkrankheiten zeigen sich in ihrem Verhalten durch die Krankheit beeinflusst.

5. Problemgebiete der Patienten

a. Hauptsorge

Die Patienten, die wir in die Gruppe 1 einordneten, machten sich zu 54,5 % Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit. Eine Befreiung von den Beschwerden wurde von keinem der Patienten als Hauptsorge angegeben, 2 Kranke dachten an ihre zukünftige Leistungsfähigkeit und 2 gaben an, daß sie nichts belastet.

Anders erscheint das Bild, wenn man die Antworten der Patienten aus der Gruppe 3 betrachtet. 27,5 % gaben als Hauptsorge die Befreiung von ihren Beschwerden an, 17 % hatten Angst davor, ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können und 34,5 % dachten an ihre zukünftige Gesundheit. Im Gegensatz dazu belastete dieser Gedanke die Patienten mit genetisch mitbedingten Erkrankungen nur zu 25 %, ihre Hauptsorge galt zum größten Teil der Befreiung von den Beschwerden (33 %), und 20 % der aus dieser Gruppe Befragten gaben an, keine speziellen Sorgen zu haben.

Aus dieser Zusammenstellung läßt sich entnehmen, daß sich die Patienten mit erblich bedingten Krankheiten die meisten Sorgen um ihre Gesundheit in den folgenden Jahren machen, während Patienten mit exogen bedingten Erkrankungen die einzige Gruppe darstellen, in der jeder von der Sorge um die Zukunft belastet ist. Ihre Sorgen verteilen sich auf die Befreiung von ihren Beschwerden, auf die Behinderung im Beruf und die zukünftige Gesundheit.

b. Hauptlast subjektiv

Die Hauptbelastung für die Patienten aller 3 Erblichkeitsgruppen stellte die Verschlechterung des Krankheitszustandes dar. Am höchsten lag der Prozentsatz mit 45 % bei den erblichen Erkrankungen, in Gruppe 2 und 3 gaben 31 % diese Antwort. Die Angabe, im Augenblick keine genaue Belastung zu haben, wurde in Gruppe 1 und 2 zu 36 % bzw. 37 % gegeben, während in Gruppe 3 nur 24 % diese Angabe machten. Die Patienten dieser Erblichkeitsgruppe glaubten zu 17 % durch ihre Krankheit den anderen zur Last zu fallen, ferner gaben einige die Sorge um die eigene Existenz und die Arbeitsstelle an. 6,6 % der Patienten mit genetisch mitbedingten Erkrankungen, und zwar nur weibliche Patienten, hatten Angst vor einem frühzeitigen Tod.

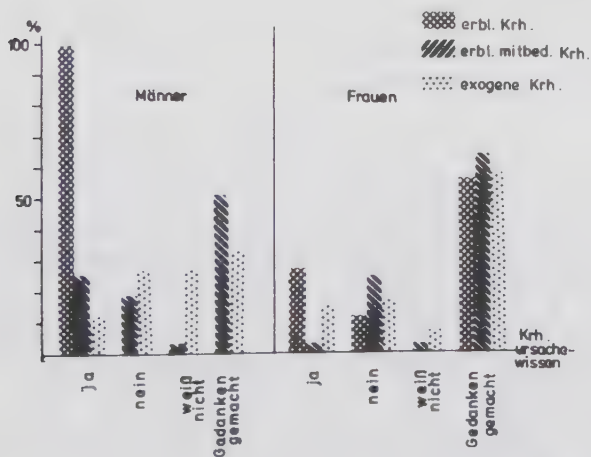
6. Vorstellungen der Kranken über die Entstehungsursache seiner Erkrankung

a. Das Wissen über die Krankheitsursache

Die Frage nach dem Krankheitsursachewissen wurde zu

54,5 % der Patienten aus der Gruppe 1 mit " ja " beantwortet, d.h. die meisten Patienten wußten, daß sie eine Erbkrankheit haben. 36 % (nur Patientinnen) hatten sich Gedanken zu diesem Thema gemacht und glaubten die Ursache zu kennen. In der Gruppe 2 gaben 60 % diese Antwort, es besteht also der Versuch, eine Erklärung für das Zustandekommen der Krankheit zu finden. 13,3 % meinten, die Krankheitsursache zu kennen und 24 % konnten keine Erklärung über die Entstehungsursache geben. In der Gruppe 3 wußten 41 % nichts über die Krankheitsursache, 41,5 % hatten sich jedoch Gedanken darüber gemacht und 17 % gaben an, die Ursache ihrer Erkrankung zu kennen.

Abb. 26 : Krankheitsursachewissen der Patienten
in den verschiedenen Erblichkeitsgruppen



b. Verantwortung

Inwieweit die Patienten glauben, die Verantwortung für ihre Krankheit selber zu tragen, sollte in dieser Rubrik festgestellt werden.

In der Gruppe der genetisch bedingten Erkrankungen wurde die Antwort " nicht verantwortlich " zu 73 % gegeben, 27 % waren sich nicht sicher, ob sie nicht durch ihre Lebensweise den Ausbruch der Krankheit gefördert haben könnten.

In der Gruppe 3 wurde zu 90 % verneint, selbst verantwortlich für die Entstehung der Krankheit zu sein. Dieses Ergebnis ist recht erstaunlich, da man ja bei diesem Formenkreis der Erkrankungen am ehesten annehmen könnte, daß durch die Lebensweise die Krankheit gefördert oder entstanden sein könnte. Das wurde aber von fast allen Befragten dieser Gruppe strikt abgelehnt.

Ein anderes Bild läßt sich in der Gruppe 2 aufzeigen. Hier glaubten nur 60 % der Befragten, nicht die Schuld an der Krankheit zu tragen. 18,5 % gaben zu, vielleicht unbewußt durch ihre Lebensweise dazu beigetragen zu haben, diese Krankheit bekommen zu haben. 6,7 % glaubten, z.T. durch die ungesunde Lebensweise die Krankheit mitverschuldet zu haben und 5 % meinten sogar, durch Fahrlässigkeit ihre Erkrankung ausgelöst zu haben. In der Gruppe der genetisch mitbedingten Erkrankungen ist also der Anteil der Patienten am höchsten, der glaubt, die Verantwortung für die Krankheit selber zu tragen,

während die Patienten mit exogen bedingten Erkrankungen einen solchen Zusammenhang verneinen.

c. Seelische Ursachen der Erkrankung

Ob seelische Ursachen bei der Auslösung der Krankheit eine Rolle gespielt haben, hielten fast alle Befragten für unwahrscheinlich. In der Gruppe 1 verneinten 73 %, in der Gruppe 2 68 % und in der Gruppe 3 90 % diese Frage. Mit " ja " antwortete nur ein Patient der Gruppe 1 und 2 Patienten der Gruppe 2.

d. Umwelteinflüsse als Krankheitsursache

Auf die Frage, inwieweit die Krankheit durch ungünstige Umweltbedingungen entstanden sein könnte, wurden sehr mannigfaltige Antworten gegeben.

Die Patienten aus Gruppe 1 verneinten jedoch zu 45 % einen solchen Zusammenhang. 27 % (nur Patientinnen) glaubten, daß Aufregungen die Krankheit vielleicht mitverursacht haben könnten.

Die Antworten der Patienten aus der Gruppe 3 sehen dagegen anders aus. Hier verneinten nur 20,5 % den Einfluß der Umwelt auf ihre Erkrankung. Die männlichen Befragten schoben häufig die Schuld auf körperliche Überforderung im Beruf (14 %), die weiblichen Befragten mehr auf Aufregungen (14 %). 31 % gaben an, durch Ansteckung ihre Krankheit bekommen zu haben und 7 % bezogen ihr Leiden auf einen Unfall. Der gleiche Prozentsatz gab an, durch ungesunde Lebensweise die Krankheit vielleicht mitverschuldet zu haben.

In der Gruppe 2 meinte der größte Teil der Befragten, er habe zuviel gearbeitet (30 %), wobei die Männer diese Antwort wieder häufiger äußerten als die Frauen. 21,5 % sahen keine Beziehung zwischen der Krankheit und Umwelteinflüssen. Auf zuviel Aufregung führten 16,6 % ihre Krankheit zurück, 10 % meinten, daß Aufregung und körperliche Überforderung zusammen die Erkrankung ausgelöst hätten. 10 % behaupteten, daß ihr Leiden durch einen Unfall entstanden sei, 6,7 % glaubten an die Ursache der Ansteckung.

Die meisten Patienten hatten sich also Gedanken gemacht, wie ihre Krankheit entstanden sein könnte. Daß dabei die verschiedensten Dinge angeschuldigt werden, besonders natürlich übermäßige Arbeit im Beruf, ist verständlich. In der Gruppe 2 und 3 schieben fast alle Patienten die Ursache für ihre Erkrankung auf äußere Faktoren, wie Aufregung, körperliche Überforderung, Ansteckung usw.

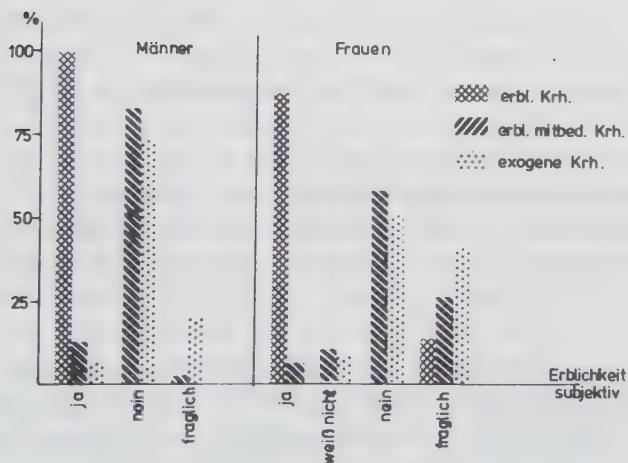
e. Erblichkeit

Zum Schluß soll noch untersucht werden, inwieweit die Patienten selbst der Anlage zu einer bestimmten Erkrankung die Schuld an ihrem eigenen Leiden geben. Sehr häufig wurde nämlich von den Patienten angegeben, daß in der Familie diese Erkrankung schon einmal aufgetreten sei.

In der Gruppe 1 haben alle Patienten von sich aus angegeben, daß ihre Krankheit erblich sei. In der Gruppe mit genetisch mitbedingten Erkrankungen ist

das jedoch nicht der Fall. Hier glaubten nur 10 % an eine Erbanlage. 75 % schlossen diese Vermutung aus und 14 % hielten den Einfluß der Erbanlage für möglich. Bei den Patienten mit exogen bedingten Erkrankungen glaubte nur ein Patient an eine Veranlagung. Es handelte sich dabei um einen Patienten mit Bronchialkarzinom, der jedoch über seine Diagnose noch nicht aufgeklärt war. Er deutete seine Beschwerden als Bronchitis, die nach seinen Angaben in seiner Familie sehr häufig auftrat. 27,5 % hielten eine Beteiligung der Erbanlage nicht für ausgeschlossen. 69 % verneinten einen Einfluß der Erbanlage.

Abb. 27 : Beurteilung der Erbllichkeit der Erkrankung durch die Patienten der einzelnen Erblchkeitsgruppen



F. Erörterung der Ergebnisse

Zum Schluß soll versucht werden, an Hand der Ergebnisse der Befragung, die Probleme eines chronisch Kranken im Hinblick auf das Verhältnis zu seiner Krankheit und seiner veränderten Stellung gegenüber seiner Umwelt aufzuzeigen.

1. Was ist " Krankheit " ?

Wenn wir uns mit den Problembereichen eines kranken Menschen auseinandersetzen wollen, muß zunächst versucht werden, eine Definition des Begriffes "Kranksein" zu geben. Wann spricht man davon, daß ein Mensch " krank " ist, oder worin besteht der Unterschied zwischen einem kranken und einem gesunden Organismus ? Es ist sicherlich schwer bzw. unmöglich, hier einen genauen Trennungsstrich zu ziehen. Der eine fühlt sich trotz bestehender Schmerzen noch gesund, während ein anderer mit den gleichen Beschwerden glaubt, nicht mehr arbeiten zu können und " krank " zu sein. Man kann also bei der Klärung des Begriffes nicht nur von dem subjektiven Befinden des Betroffenen ausgehen, sondern muß versuchen, eine allgemeine Definition zu finden, die diesem Zustand gerecht wird.

George Libman Engel gibt eine Definition, die zwar sehr allgemein gefaßt ist, die aber alle Krankheitsbilder einschließt : " Ein Organismus ist gesund, wenn er gut funktioniert, Bedürfnisse stillt, erfolgreich den Anforderungen oder Ansprüchen der inneren und äußeren Umgebung entspricht und seinem biologischen

Schicksal nachkommt. Krankheit entspricht Fehlern im Wachstum, Entwicklung, Funktionen und Anpassung des Organismus im ganzen oder in einzelnen Systemen ".

Diese Aussage trifft auf alle Krankheitsbilder zu, ob es sich um rein somatische, psychosomatische oder psychiatrische Zustände handelt. Bei dieser Definition ist nur auf den objektiven Befund eingegangen worden, nicht berücksichtigt ist hier der subjektive Zustand des Patienten, nämlich sein persönliches Befinden. Aus diesem Grunde gibt Leriche keine allgemeine Erklärung, sondern liefert drei verschiedene Definitionen der Krankheit :

1. Krankheit als somatischen Zustand
 2. Krankheit als ärztliche Interpretation
 3. Krankheit als Bewußtseinszustand des Kranken.
- Er berücksichtigt also neben dem rein organischen Befund auch die Bewußtseinslage des Patienten.

2. Einfluß der Krankheit auf menschliches Verhalten

Was bedeutet es aber nun für einen Menschen, " krank " zu sein ? Zunächst einmal ist fast jede Erkrankung mit Leiden und einem Gefühl der Schwäche verbunden; häufig treten dann noch Schmerzen und Mißbefinden hinzu. Insgesamt ist also Krankheit ein Zustand, durch den das Wohlbefinden gestört ist. Doch damit ist der Zustand des " Krankseins " noch nicht ausreichend beschrieben. Zu diesen rein körperlichen Symptomen tritt eine Veränderung des Erlebens seiner selbst und seiner Umwelt bei den Kranken ein. Jede Krankheit bringt eine Beschränkung des Lebenskreises mit sich und hindert den Betreffenden, seinen normalen Lebens-

wandel weiterzuführen (v. Mehring).

Durch eine Erkrankung ändert sich der Problemkreis des Menschen. Für ihn ist zu diesem Zeitpunkt nur der eigene Körper wichtig, seine Gedankenwelt ist konzentriert auf sein eigenes Ich. Solange der Mensch gesund ist, bemerkt er seinen Körper nicht, es ist für ihn selbstverständlich, daß er existiert und funktioniert (v. Mehring, Plügge).

Doch sobald eine Veränderung in diesem Körper auftritt, wird man sich zum ersten Male bewußt, daß man einen Körper hat. Ja, man kann sogar sagen, der Körper (oder das betreffende Organ) beherrscht den Menschen, denn plötzlich konzentriert er sich ganz auf dieses eine Organ oder den Körperteil. Mit dieser veränderten Situation sieht sich der Kranke konfrontiert, und er versucht, sich diesem neuen Zustand anzupassen, indem er sich ständig bemüht, eine neue geeignete Umgebung zu finden und sich darin zu orientieren (v. Mehring). Dieses intensive Suchverhalten bezieht sich im Endeffekt immer auf eine Genesung oder Gesundung.

Ein anderer Aspekt des Krankheitserlebens wird von Engelhardt aufgezeigt. Jeder Krankheitszustand bedeutet seiner Meinung nach eine Regression, d.h. einen sozialen Rückschritt. Plötzlich sieht sich der Kranke der Verantwortung in seinem täglichen Dasein enthoben, sein Denken kreist nur noch um seine persönlichen Bedürfnisse, z.B. Stuhlgang, Ernährung und natürlich um die Befreiung von Schmerzen (Engelhardt). Damit engt sich sein Interessenbereich ein, und er wird, besonders in emotionaler Weise, von seiner Umgebung abhängig. Seine Gedanken beschäftigen sich

mit seinem körperlichen Zustand, was sogar unter Umständen für seine Genesung von Nutzen sein kann.

Diese kurze Abhandlung sollte nur ein Versuch sein aufzuzeigen, wie der Zustand des " Krankseins " den Menschen verändert und ihm neue Probleme aufgibt. Dieses Thema ist hier nur andeutungsweise behandelt worden. V. Mehring hat eine genauere Abhandlung über den Problembereich Gesundheit - Krankheit geschrieben.

3. Verhalten des Patienten in seiner Krankheit

Die obigen Ausführungen lassen erkennen, wie stark die Persönlichkeit eines jeden Kranken durch seinen Zustand beeinflußt wird. Wie reagiert nun ein Mensch auf die Feststellung, daß er krank ist, und wie versucht er, seine Krankheit zu bewältigen ? Offenbar ist die Reaktion von der Intensität der Beschwerden abhängig. Geringe anfängliche Beschwerden oder sich langsam entwickelnde Symptome scheinen die Patienten selten als Beginn einer ernsthaften Krankheit aufzufassen. Diesen Eindruck vermittelten die Antworten auf die Frage nach der anfänglichen Krankheitsbewertung. Häufig führen solche Symptome die Kranken gar nicht zum Arzt, sondern sie hoffen auf eine baldige Genesung ohne dessen Hilfe. Erst wenn die Beschwerden länger andauern oder intensiver werden, wenden sie sich an den Arzt, allerdings erst in vielen Fällen auf Zuraten von Familienangehörigen oder Bekannten. Dieses Hinauszögern des Arztbesuches ist aber auch darauf zurückzuführen, daß der Patient Angst hat, der Krankheitszustand, den er vielleicht schon

lange geahnt hat, aber nicht wahrnehmen wollte, könnte bestätigt werden. Andererseits treibt ihn aber die Hoffnung zum Arzt, daß dieser ihm rasch Hilfe bringen kann (Delay/Pichot). Der Arztbesuch stellt also einen entscheidenden Moment im Leben des Kranken dar, denn mit dieser Handlung gibt er zu, daß er "krank" ist und die Hilfe eines anderen benötigt. Zugleich wird mit der Diagnosestellung sein Leben verändert. (Hier muß bemerkt werden, daß beim ersten Arztbesuch häufig die richtige Diagnose noch nicht gestellt wird).

Die älteren Menschen nahmen nach der vorliegenden Untersuchung die Diagnose ihrer Krankheit weitaus gefaßter auf als die jüngeren. Besonders die jüngeren Frauen reagierten mit Schrecken auf die Diagnose, wahrscheinlich in Anbetracht dessen, daß sie eine Familie zu versorgen haben und dafür ihre ganze Kraft benötigen. Es muß jedoch berücksichtigt werden, daß sich der Arzt heute selten die Zeit nimmt, den Patienten über seine Krankheit aufzuklären; häufig werden sie gar nicht über die Diagnose informiert. Diese Tatsache ist jedoch unbedingt erforderlich, denn um eine Krankheit verarbeiten und mit ihr leben zu können, ist es unerläßlich, daß der Kranke aufgeklärt wird. Diesen Wunsch, nämlich vom Arzt die Diagnose zu erfahren, sprachen fast alle Befragten aus. Ein Beweis für den oben erhobenen Vorwurf ist die Tatsache, daß über ein Drittel von ihnen den genauen Grund ihres Krankenhausaufenthaltes nicht angeben konnte. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient gestaltet sich leider häufig derart, daß der Arzt den Kranken lediglich als "Fall" betrachtet

und dabei die psychischen Auswirkungen seiner Behandlung außer Acht läßt. Gerade die Haltung des Arztes gegenüber dem Patienten bei der Diagnosestellung ist besonders wichtig, da dadurch unter Umständen die Zukunft des Patienten beeinflußt werden kann. Zeigt sich der Arzt zuversichtlich und erteilt Ratschläge, wird es dem Patienten leichter, sich mit seiner Erkrankung abzufinden. Das Vorgehen des Arztes zu diesem Zeitpunkt beeinflußt sicherlich auch das psychische Verhalten, das nach Delay/Pichot durch 3 Momente gekennzeichnet ist :

1. Rückzug aus der Außenwelt
2. Egozentrische Einengung
3. Gemischte Haltung aus Beherrschungsanspruch und Abhängigkeit

Der Rückzug aus der Außenwelt ist allein schon dadurch bedingt, daß der Kranke bettlägerig ist und durch den Krankenhausaufenthalt von seiner Umwelt ausgeschlossen wird. Parallel mit diesem räumlichen Rückzug verläuft auch ein Sichzurückziehen in das eigene Ich. Die Hauptsorgen für den Patienten stellen das eigene Wohlbefinden und die Beschwerden dar. Diese Erfahrung konnte auch der Untersucher bei seiner Befragung machen. Es zeigte sich, daß die Patienten von ihrer Krankheit berichteten und sehr lange dabei verweilten. Das Hauptinteresse galt nur ihrer Krankheit und deren Prognose.

Das Verhalten der Patienten wird weiterhin von der eigenen Prognosestellung bestimmt. Diese wiederum resultiert aus der Arzt - Patientbeziehung und dem persönlichen Befinden. Da sich mit zunehmendem Alter der gesamte Gesundheitszustand verschlechtert und

sich damit auch die Heilungschancen verringern, fiel die von den älteren Patienten gestellte Prognose meist ungünstiger aus als die der jüngeren. Gegenüber den Männern beurteilten die weiblichen Kranken ihre Heilungsaussichten günstiger, wahrscheinlich teils aus Unwissenheit über die Erkrankung, teils aus echtem Willen heraus, wieder leistungsfähig zu werden.

Es zeichnet sich überhaupt bei dieser Untersuchung die Tendenz ab, daß die weiblichen Kranken insgesamt optimistischer eingestellt sind und eher den Willen zeigen, ihre Krankheit zu überstehen. Ein Grund dafür mag darin liegen, daß sie sich für unentbehrlich bei der Versorgung der Familie halten.

Die Männer finden sich seltener mit einer chronischen Erkrankung ab als die Frauen. Die weiblichen Kranken haben sich eher in ihre Patientenrolle gefügt als die männlichen. Insbesondere für die Patienten mit erst kurz währenden Erkrankungen ist der Gedanke an eine chronische Krankheit unerträglich. Viele dieser Patienten können es sich nicht vorstellen, verfrüht aus dem Beruf auszuschcheiden und keine Aufgabe mehr zu haben. Die Frühinvalidität hat in vielen Fällen für die männlichen Kranken gravierendere Folgen als für die Frauen, da diese häufig nicht im Beruf stehen und in gewissem Umfang doch noch ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter nachgehen können.

Obwohl es für viele Männer undenkbar erscheint, verfrüht aus dem Arbeitsleben auszuschcheiden, sehen sie in der beruflichen Überforderung die Krankheitsursache. Jeder Mensch macht sich Gedanken über die Ursache seiner Krankheit. Es wird meist nach etwas gesucht, dem man die Schuld geben kann. Der Mensch neigt dazu,

den Grund für seine Erkrankung nicht bei sich selbst zu suchen. Delay/Pichot geben 2 Ursachen an, auf die die Patienten ihre Krankheit zurückführen :

1. Exogen, durch die Vorstellung des " Übels " gekennzeichnet
2. Endogen : Disposition und Erblichkeit.

Die zweite von den Autoren genannte Ursache ist bei der Befragung ebenfalls vertreten, da die Erbkrankheiten auf Disposition und Erblichkeit zurückzuführen sind. Erstaunlich ist, daß bei der Untersuchung diejenigen Patienten, die eine exogen bedingte Erkrankung hatten, selten glaubten, selbst am Ausbruch ihrer Erkrankung schuldig zu sein.

4. Probleme, die sich für den Kranken durch seine Krankheit ergeben

Mit dem Entstehen der Krankheit ergeben sich für den Patienten Probleme, die sich einmal auf sein persönliches Befinden beziehen, zum anderen aber auch die Beziehungen zu seiner Umwelt betreffen.

Schon oben ist ausgeführt, daß sich der Kranke in sich zurückzieht und nunmehr nur noch Interesse für seine eigenen Belange hat und der Umwelt nur noch wenig Bedeutung beimißt. Er hat während der Zeit, in der er bettlägerig ist, genügend Muße, sich Gedanken und Vorstellungen von der Zukunft zu machen. Bei den männlichen Patienten gilt die Hauptsorge der Befreiung von ihren Beschwerden. Für sie ist es also in erster Linie wichtig, geheilt zu werden. Es scheint, daß viele die Hoffnung aufgegeben haben, jemals wieder

vollständig gesund zu werden. Aber sie hoffen wenigstens insoweit wieder zu genesen, daß sie ihrem Beruf oder sonstigen Aufgaben nachgehen können. Die weiblichen Kranken dagegen machten sich größtenteils Sorgen um ihre zukünftige Gesundheit. Für sie stehen nicht so sehr die momentane Besserung im Mittelpunkt ihrer Überlegungen, sondern vielmehr die Gedanken um den Zustand in der Folgezeit. Gesundheit scheint für die Frauen ein wichtigeres Kriterium als für die Männer zu sein. Darüber hinaus äußerten diese Sorgen in erster Linie die jüngeren Patienten. Die älteren Menschen sind zumeist mit dem Leben zufrieden. Schwerwiegende Sorgen und Nöte gibt es für sie offenbar nicht. Das mag auch damit zusammenhängen, daß mit dem Alter eine gewisse Vereinfachung des Gemütes eintritt, die man zwar bei den befragten Personen nicht als senile Demenz bezeichnen kann, die aber zu einer relativ gleichgültigen Einstellung gegenüber ihrer Krankheit führte. Ein anderer Grund dafür ist, daß ihnen der Gedanke an den Tod bereits vertraut ist. Diese Überlegung beschäftigte jedoch viele der jüngeren Frauen und belastete sie sehr. Ansonsten ahnen zwar viele Patienten etwas von der Schwere ihrer Erkrankung, aber sie wagen nicht, ernsthaft an eine tödliche Gefahr zu denken. Meist schwankt ihre Stimmung zwischen Hoffnung und Depression (Engelhardt). Einmal bauen sie auf die Mittel der modernen Medizin und verleugnen ihren Zustand, aber im nächsten Moment spürt man aus ihren Fragen und Reden wieder die Angst vor dem Tod.

Als Beispiel kann hier ein Patient angeführt werden, der an doppelseitigen Cystennieren litt und schon seit

Jahren zweimal wöchentlich an die künstliche Niere angeschlossen werden mußte. Dieser Patient verfolgte alle Nierenverpflanzungen mit größtem Interesse und gab in dem Gespräch auch zum Ausdruck, daß er sicher sei, daß bei ihm in einigen Jahren eine Transplantation vorgenommen werden würde. Wenig später jedoch sprach er von seinem Sohn, der sich verlobt hatte und dessen Hochzeit er in einigen Jahren wahrscheinlich nicht mehr miterleben werde. Obwohl dieser Patient also die Hoffnung noch nicht ganz aufgegeben hatte, glaubte er doch im Inneren nicht an ein Überleben.

Dies ist kein Einzelfall. Viele unheilbare Patienten schließen die Möglichkeit einer tödlichen Krankheit aus. Bei ihnen spielt wahrscheinlich der Gedanke eine Rolle, daß das Bekenntnis der Selbstaufgabe gegenüber der Umwelt einem Verlust jeglicher Hoffnung gleichkommt.

Die Sorge um die Genesung beschäftigen die Kranken so sehr, daß sie sich in den seltensten Fällen schon Gedanken um die zukünftige Lebensgestaltung gemacht haben. Die meisten Kranken gaben an, ihre bisherige Lebensweise nicht verändern zu wollen. Aus ihren Aussagen sprach nicht so sehr echte Überzeugung, sondern vielmehr die Tatsache, daß sie noch keine Zukunftspläne geschmiedet hatten. Dieses Problem liegt für sie im Augenblick in weiter Ferne, für sie ist die momentane Situation entscheidend. Lediglich solche Patienten, die ihre Krankheit auf eine ungesunde Lebensweise zurückführen, haben sich vorgenommen,

nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf ihre Gesundheit mehr zu achten.

Ein anderes Problem stellt sich für die Kranken in materieller Hinsicht, denn häufig ist die Familie vom Verdienst des Mannes abhängig. Bei den weiblichen Kranken stellt sich dieses Problem zwar nicht im gleichen Maße, doch spielt die Unsicherheit um die Versorgung der Kinder und des Mannes eine ebenbürtige Rolle.

Diese Ausführungen zeigen, wie sehr das " Kranksein " den Menschen aus seinem täglichen Leben herausreißen kann. Das Gefühl, nicht mehr das leisten zu können, was von ihm erwartet wird, kann die gesamte Persönlichkeit eines Menschen verändern. Jede Krankheit, ob somatischer oder psychischer Art, gleich welcher Ursache, bedeutet eine vollständige Umstellung für den Menschen. Diese Umstellung bewußt vorzunehmen und in die Rolle als Kranker hineinversetzt zu werden, ist für viele Menschen sehr schwer, ja teilweise sogar unmöglich. So können Unzufriedenheit und dauerndes Klagen oder Depressionen und Hoffnungslosigkeit die Folge sein.

5. Überlegungen zur Ursache der Erkrankung : Vererbung oder psychische Einflüsse

Bei Krankheiten wie der Hämophilie A ist zum Zeitpunkt der Geburt schon mehr oder weniger das Schicksal des Menschen festgelegt durch die drohende Blutungsneigung. Bei anderen Erkrankungen muß jedoch zu der erblichen Anlage noch ein anderes Kriterium

hinzutreten. Dieses kann in einer lebensgeschichtlichen Disposition seine Ursache haben, bei der sicherlich psychische Faktoren eine wichtige Rolle spielen (Uxkuell). Diese psychischen Faktoren können die angeborene Konstitution eines Menschen so sehr verändern, daß dadurch die Voraussetzungen, an einem bestimmten Leiden zu erkranken, geschaffen werden (Uxkuell).

Dieses Zusammenwirken von anlagemäßig und lebensgeschichtlich bedingter Disposition findet man besonders häufig bei den Erkrankungen, die in der Untersuchung unter die Gruppe der genetisch mitbedingten Erkrankungen fallen. Anlagen zu einer Überfunktion der Schilddrüse oder Asthma bronchiale müssen nicht notwendigerweise eine Erkrankung zur Folge haben. Zu disponierenden Faktoren, die in der Lebenshaltung und -weise des Betreffenden zu suchen sind, muß in den meisten Fällen noch ein auslösender Faktor hinzutreten, der oft in einem bestimmten Ereignis zu suchen ist. Hier ist eine enge Verknüpfung von psychischen und somatischen Krankheitsursachen zu finden.

Sehr wenige der befragten Patienten sind der Auffassung, daß psychische Belastung oder " Stress " bei der Auslösung der Erkrankung eine entscheidende Rolle gespielt haben. Lediglich einige weibliche Patienten gaben zu, daß sie die Krankheitsursache in diesem Umstand sehen. Die männlichen Patienten schließen fast alle diese Ursache aus. Das mag auch daran liegen, daß die Männer nur ungern zugeben, durch seelische Belastung krank geworden zu sein; in ihren Augen ist das nicht mit ihrer Stellung in unserer Gesellschafts-

ordnung vereinbar. Es besteht immer noch die Auffassung, daß offen dargelegte seelische Konflikte als Schwäche ausgelegt werden. Vorgänge im psychischen Bereich, also emotionale Konflikte, können jedoch bestimmte Störungen im Organsystem hervorrufen (Uxkuell).

So hat man Persönlichkeitstypen herausgefunden, die besonders für eine bestimmte Krankheit disponiert sind. Das trifft besonders auf Herz- Kreislauf- und allergische Erkrankungen (wie Asthma bronchiale) zu, aber auch auf Hyperthyreose und bei chronischen Ulcera im Magen-Darmbereich. Es würde in diesem Rahmen zu weit führen, eine psychosomatische Abhandlung über diese Erkrankungen darzulegen, es sollen nur einige Hinweise gegeben werden. Man hat festgestellt (Alexander), daß Patienten, die unter einer Hyperthyreose leiden, ein starkes Gefühl persönlicher Unsicherheit und eine verstärkte Elternabhängigkeit zeigen. Den Einfluß von psychischen Faktoren bei dieser Erkrankung kann man wohl als gesichert ansehen, man denke hier nur an den " Schock - Basedow ". Es wäre jedoch zu einseitig gesehen, die Krankheit nur auf Umwelteinflüsse zurückzuführen. Sicherlich spielt hier auch der erbliche Faktor eine Rolle. Es ist jedoch noch nicht geklärt, welcher der beiden Faktoren überwiegt.

Ebenso wie bei der hyperthyreotischen Stoffwechsellage kann man bei der Ulcusentstehung nicht die erbliche Veranlagung übersehen. In groß angelegten Untersuchungen hat es sich gezeigt, daß es eine " Ulcuspersönlichkeit " gibt (Pflanz). Diese Menschen erscheinen oft besonders ehrgeizig und tüchtig. Ulcera treten dann

in einer Vielzahl auf, wenn der Mensch aus einer bergenden Gemeinschaft ausscheidet (Pflanz).

In ähnlicher Weise hat Th. v. Uxkuell den Patienten beschrieben, der unter Angina pectoris-Anfällen und schließlich unter einem Herzinfarkt litt. Oft sind diese Menschen besonders verantwortungsbewußt und zeigen viel Selbstbeherrschung. Ihr Leben ist von Erfolg und Leistung bestimmt. Eng damit **verknüpft** ist der Begriff des " Managerkranken ", der meist verantwortungsvolle Stellungen innehatte. Doch diese Haltung findet man nicht nur bei Menschen in führenden Positionen, sondern auch in anderen Berufsgruppen. Entscheidend ist lediglich, wie ernst der Betreffende seine Aufgabe nimmt.

Als letztes Beispiel für diese kurze psychosomatische Betrachtung sei noch kurz der Asthmatiker erwähnt. Man ist sich heute einig, daß neben einer ererbten Disposition und außer einem auslösenden Allergen die psychische Komponente von entscheidender Bedeutung ist. Allergiker (zu denen ja die Asthmatiker zählen) zeigen häufig eine gesteigerte Labilität. Außerdem sind sie in seelischer Hinsicht bedeutend leichter ansprechbar, sie neigen zu Erregbarkeit, sind lebhaft, aber **stimmungslabil** (Curtius).

An Hand dieser kurzen Erläuterungen sollte nur gezeigt werden, daß die Erbanlage allein nicht eine Krankheit hervorrufen muß. Auch **Umwelteinflüsse** und die **Persönlichkeitsstruktur** spielen eine mitentscheidende Rolle. Man muß heute von einer multifaktoriellen Krankheitsursache ausgehen.

Es gibt jedoch einige Erberkrankungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten Generationen wieder auftreten. In diesen Fällen beeinflusst die Umwelt nur in geringem Maß die Entstehung der Krankheit. In der Untersuchung wurde diese Gruppe unter dem Begriff " genetisch bedingte Erkrankungen " zusammengefaßt.

Die Vorstellung, eine erbliche Krankheit zu haben, bedeutet für viele Menschen eine zusätzliche Belastung. Hier sind die Auswirkungen auf die Familie, speziell auf die Kinder besonders schwerwiegend. Die Untersuchung beweist, daß gerade diese Patienten unter ihrer Erkrankung leiden. Die eigene Prognosestellung fällt ungünstiger aus als bei den anderen Patienten. Das mag auch daran liegen, daß sie sehr häufig gut über ihre Krankheit informiert sind. Dieses genaue Krankheitswissen ist darauf zurückzuführen, daß eine erbliche Erkrankung Folgen für die Kinder und Enkel haben könnte. Da die Krankheit bei diesen Patienten meist schon lange besteht, haben sie sich zum größten Teil mit ihrem Zustand abgefunden. Die Befragung erweckt den Eindruck, daß diese Patienten resignierten und der Wille zum Gesundwerden oder zur Genesung kaum noch vorhanden ist. Weder lehnten sie sich gegen ihr " Geschick " auf, noch fragten sie : " Warum gerade ich ? "

In der Hauptsache befürchteten sie, ihre krankhafte Anlage könnte bei ihren Kindern erneut auftreten.

Bei den durch genetische Fehlanlagen verursachten Erkrankungen stellen sich den Patienten noch größere Probleme als bei denen, deren Krankheit durch Umwelteinflüsse oder psychische Faktoren hervorgerufen worden sind. Die Kranken mit erblichen Leiden müssen

nicht nur ihre Krankheit bewältigen, sondern neben das Krankheitserleben tritt zusätzlich noch die Sorge um die nachfolgende Generation. Aus diesem Grunde ist es auch verständlich, daß diese Patienten im großen und ganzen eine pessimistischere und depressive Haltung einnehmen.

6. Erfordernis einer stärkeren Intensivierung der Arzt - Patient - Beziehung

Die vorliegende Arbeit soll nicht eine verhaltenswissenschaftliche Studie über Kranke sein. Es ist versucht worden, mittels einer Befragung von hundert Patienten Problembereiche herauszufinden, die sich durch eine Erkrankung ergeben. Da das Material klein ist, können die Ergebnisse nur Tendenzen aufzeigen; eine bindende Aussage kann daraus nicht entnommen werden. Es hat sich jedoch erwiesen, daß das Krankheitserleben je nach dem Leiden und der Ätiologie der Erkrankung sich sehr unterscheiden kann. In jedem Falle aber bedeutet " Kranksein " für den Menschen eine Veränderung seiner bisherigen Situation, und er muß Wege finden, diese veränderte Lage zu verarbeiten. Welche Probleme sich für den erkrankten Menschen ergeben, welche Sorgen ihn am meisten belasten und inwieweit er sich mit seiner Krankheit abgefunden hat, diese Probleme sollten an Hand des Untersuchungsmaterials, nämlich Patienten aus der Bettenstation einer inneren Klinik, aufgezeigt werden.

Hierbei ist in dieser Arbeit besonders auf die psychischen Konflikte der Patienten eingegangen worden, die neben einer erblichen Disposition eine Ursache

vieler Erkrankungen darstellen. Diese psychischen Probleme bestanden für viele Kranke, ohne daß sie sich aber im Laufe der Erkrankung jemals darüber geäußert hätten. In den seltensten Fällen hatte ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt stattgefunden (weder mit dem Hausarzt noch mit dem Stationsarzt), obwohl offensichtlich hierfür bei vielen Kranken ein echtes Bedürfnis vorhanden war.

In dem Gespräch des Untersuchers mit den Kranken kam häufig der Wunsch zum Ausdruck, sich mit jemanden über die Krankheit und den daraus entstehenden Konflikten zu unterhalten. Eine Therapie sollte nicht nur aus einer medikamentösen oder physikalischen Behandlung bestehen, sondern jeder Arzt sollte versuchen, neben dem " Fall " auch den Menschen zu sehen, der in jeder Weise seine Hilfe benötigt, nicht nur im körperlichen, sondern auch im seelischen Bereich.

G. Zusammenfassung

Das Ausgangsmaterial für die vorliegende Dokumentation lieferten hundert Patienten der Medizinischen Klinik der Universitätsklinik Marburg / Lahn.

Es wurden für die Befragung nur solche Patienten ausgesucht, deren Krankheit chronisch verläuft und voraussichtlich nicht geheilt werden kann. Ohne eine willkürliche Auswahl zu betreiben, ergab sich ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis von 50 Frauen zu 50 Männern.

Als Grundlage für das Gespräch mit den Patienten diente ein Fragebogen mit 75 Punkten, den der Untersucher selbst erstellt hatte. Er wurde jedoch den Patienten nicht vorgelegt, sondern die Befragung fand in Form eines persönlichen Gespräches statt. Der Fragebogen wurde von dem Untersucher nach dem Gespräch selbst ausgefüllt, um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben, bloßes Objekt einer statistischen Erhebung zu sein. Die Antworten wurden in verschlüsselter Form notiert. Zur Auswertung der erhaltenen Daten wurde eine Arbeitstabelle angefertigt, in der alle Fragen und Antworten ebenfalls in verschlüsselter Form enthalten waren.

Das Zahlenmaterial von 100 Patienten ist zwar zu gering, als daß hier mehr als Tendenzen aufgezeigt werden können. Trotzdem ergaben sich wichtige Hinweise für weitere Untersuchungen.

Das Durchschnittsalter der befragten Patienten lag mit ca. 60 Jahren relativ hoch. Die Krankheitsdauer war unterschiedlich. Die Patienten mit erblichen Erkrankungen litten schon am längsten unter ihren Leiden (ca. 9 Jahre).

Mehr Männer als Frauen hatten ein objektives Krankheitswissen. Die Patienten mit malignen Erkrankungen hatten fast alle keine zutreffende Vorstellung von ihrer Erkrankung. Demgegenüber steht der Wunsch fast aller Patienten, vom Arzt über ihre Diagnose und Prognose aufgeklärt zu werden.

Besonders die jüngeren Patienten hoffen auf eine Besse-

rung ihres jetzigen Zustandes. Für sie ist der Gedanke, chronisch krank zu sein, unvorstellbar. Demgegenüber haben sich die meisten älteren Patienten mit ihrem Schicksal abgefunden, und sie glauben auch selten noch an eine Besserung ihres Zustandes. Es fällt auf, daß die weiblichen Patienten eher dazu neigen, ihre Krankheit zu bagatellisieren; sie zeigten sich weitgehend optimistisch. Für die Frauen ist es in erster Linie wichtig, wieder vollständig gesund zu werden, während die männlichen Befragten mehr Wert auf eine momentane Befreiung von ihren Beschwerden legten.

Die größte Sorge fast aller Patienten war auf sie selbst bezogen, sie befürchteten eine Verschlechterung ihrer Krankheit. Nur bei einigen Männern, besonders bei den verheirateten, stand die Sorge um den Arbeitsplatz im Vordergrund.

Über die Ursache ihrer Erkrankung hatten sich die meisten Patienten schon Gedanken gemacht. Die Männer gaben zum überwiegenden Teil der körperlichen Überforderung, besonders im Beruf, die Schuld. Im Gegensatz dazu sehen die Frauen in seelischer Belastung und Aufregungen die Krankheitsursache. Daß eine ungesunde Lebensführung schuld am Ausbruch der Erkrankung sei, verneinten fast alle Patienten. Aus diesem Grunde wollten nur wenige ihre zukünftige Lebensweise umstellen.

Alle Patienten, die eine erbliche Krankheit hatten, wußten von dieser Veranlagung, die anderen schlossen zum größten Teil eine Erbanlage aus.

In allen Gesprächen kam das Bedürfnis zum Ausdruck, mit jemandem über die Krankheit und die daraus entstehenden Probleme zu sprechen. Für die meisten Patienten bedeutet " Kranksein " eine Veränderung ihres gewohnten Lebensrhythmus. Die Anpassung an die veränderte Situation gelingt meist nicht aus eigener Kraft. Hier liegt ein großes Aufgabenfeld für die Umwelt, besonders für den behandelnden Arzt.

H. Literaturverzeichnis

- Alexander, P. : Psychosomatische Medizin
Berlin 1951
- Balint, M. : Der Arzt, sein Patient und
die Krankheit
Fischer Bücherei, Frankfurt-
Hamburg 1970
- Baltrusch, H.-J. : Persönlichkeitsstruktur und
Erkrankung. Die Rolle emotiona-
ler Faktoren in dem Krankheits-
geschehen
Klinische Wochenschrift,
1956, S. 69
- Becker, P.E. : Handbuch der Humangenetik
Thieme-Verlag, Stuttgart 1964
- Biörck, G. : Soziale Kardiologie
Deutsche Medizinische Wochen-
schrift 1957 a, S. 661
- Birkhäuser, H. : Der Arzt und der soziale Gedanke
in der Medizin
Schweizer Medizinische Wochen-
schrift 1956 a, S. 123
- Boor, C. de,
Künzler, E. : Die psychosomatische Klinik
und ihre Patienten. Band 3
Gemeinschaftsverlag Huber
Bern/Klett, Stuttgart 1963

- Boss, M. : Einführung in die psychosomatische Medizin
Huber, Stuttgart/Bern 1954
- Bürger, M. : Geschlecht und Krankheit
J.F. Lehmannsverlag
München 1958
Alter und Krankheit
3. Auflage, Thieme, Leipzig
1957
- Christian, P. : Das Personenverständnis im
medizinischen Denken
Tübingen 1952
- Curtius, F.,
Siebeck, R. : Konstitution und Vererbung in
der klinischen Medizin
Alfred Metzner Verlag Berlin
1935
Klinische Konstitutionslehre
Springer Verlag Berlin 1954
- Delay, Pichot : Medizinische Psychologie
Stuttgart 1971
- Delius, L. : Psychosomatische Komplementär-
betrachtung bei Herzfehlerer-
krankungen und anderen
Patienten
Nauheim, Fortbildungslehrgang 31
1966, S. 82 - 99
- Engelhardt, K.-H. : Der Patient in seiner Krankheit
Thieme Verlag Stuttgart 1971

- Engel, G.L. : Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit
Bern, Stuttgart, Wien 1970
- Franke, H.,
Schröder, J.,
Genter, J. : Über Häufigkeit, Ursache und Bedeutung der Geschlechtsunterschiede bei inneren Erkrankungen
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1959, S. 653
- Fuhrmann, W. : Taschenbuch der allgemeinen und klinischen Humangenetik
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H.
Stuttgart 1965
- Gehlen, A. : Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Umwelt
Bonn 1955
- Geßner, A. : Vergleichende sozialmedizinische Untersuchung genetisch bedingter Erkrankungen am Material einer medizinischen Universitätsklinik
Dissertation Marburg 1970
- Jores, A. : Der Mensch und seine Krankheit
Klett, Stuttgart 1959
Vom kranken Menschen
Stuttgart 1960
- Lenz, W. : Medizinische Genetik
dtv Nr. 4025

- Mering, O. von : ~~Erkrankungen, Gesundheitswesen und~~
die Problemlösung, eine ver-
haltenswissenschaftliche
Studie in :
Mitscherlich, A. : Der Kranke
in der modernen Gesellschaft
Köln, Berlin 1967, S. 332
- Mitscherlich, A. : ~~Anmerkung über die Kategorisi-~~
zierung psychosomatischen Ge-
schehens
Psyche, 15, 1, 1961
- Pflanz, M. : Sozialer Wandel und Krankheit
Ferdinand Enke Verlag
Stuttgart 1962

Soziokulturelle Faktoren und
innere Erkrankungen
Internist 3, 80, 1962

Soziologische Gesichtspunkte bei
inneren Erkrankungen
Fortschritt der Medizin
79, 603, 1961
- Plügge, H. : Wohlbefinden und Mißbefinden.
Beiträge zu einer medizinischen
Anthropologie
Tübingen 1962

- Weizäcker, V. von : Arzt und Kranker
 Vorträge und Aufsätze K.F.Köhler
 Stuttgart 1949
- Der kranke Mensch - Eine Ein-
 führung in die medizinische
 Anthropologie
 K.F. Köhler Stuttgart 1951
- Arzt im Irrsal der Zeit
 herausgegeben von P. Vogel,
 Vandenhoeck und Ruprecht
 Göttingen 1956

I. Anhang

1. Fragebogen

Nr. __ __ __
 1 2 3

Name _____ erreichbar _____

Geschlecht __ Fam. Stand __ Kindzahl __ Rel. __
 4 5 6 7

Kasse __ Schulbildg. __ Beruf __ Befriedg. __
 8 9 10 11

Geburtsjahr __ __ AUA __ __ UA __ __ EA __ __ DA __ __
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

BA __ __ Verd.Diagn. __ __ __ Anf.Krh.Bewertg. __
 22 23 24 25 26 27

Bewertg.Verlauf __ Jetzt.Bewertg. __ End.Diagn. __ __ __
 28 29 30 31 32

Subj.Krh.Wiss. __ obj.Krh.Wiss. __ von __
 33 34 35

Effekt __ erwünscht __ Reaktion Arzt __ Arbeitgeber __
 36 37 38 39

Partner __ Kinder __ Eltern __ Geschwister __ Freunde __
 40 41 42 43 44

Prakt. Hilfe Pers. __ Prakt. Hilfe Inst. __
 45 46

Seel. Hilfe Pers. __ Seel.Hilfe Rel. __ Seel.H.sonst __
 47 48 49

Hauptsorge __ Fam. abh. __ Heimpflege erschwert __
 50 51 52

Erleichtert	--	Besuch subj.	--	Besuch obj.	--
	53		54		55
Verantw.selbst	--	and.	--	lästig subj.	--
	56		57		58
				lästig obj.	--
					59
Hauptlast subj.	--	obj.	--	Prognose subj.	--
	60		61		62
				obj.	--
					63
Einst. z. chron. Krh.	--	and.	--		
					64
					65
Einst. z. Tod	--	and.	--		
	66				
					67
Verg. Lebensweise	--	zukünft. Lebensweise	--		
	68				69
Krh. Urs. Wiss.	--	Seel. Urs.	--		
	70				71
Umwelt	--	Erblich	--		
	72				73

2. Schlüssel

- | | | |
|----|---------------|---|
| 4) | Geschlecht | 1) männlich 2) weiblich |
| 5) | Familienstand | 1) ledig 2) verheiratet
3) geschieden
4) wiederverheiratet
5) verwitwet |
| 6) | Kindzahl | 1) keine 2) eins 3) zwei
4) drei 5) vier-fünf
6) sechs-neun
7) zehn und mehr |
| 7) | Religion | 1) evangelisch
2) katholisch
3) freikirchlich
4) Sekte
5) jüdisch
6) andere
7) keine |
| 8) | Krankenkasse | 1) gesetzliche Krankenkasse
und Sozialfürsorge-
empfänger
2) Ersatzkasse und Privatkasse
3) keine |
| 9) | Schulbildung | 1) Sonderschule 2) Volksschule
3) Realschule 4) Gymnasium
5) Universität
6) Fachschule |

- | | | |
|--------|---------------------------------|---|
| 10) | Beruf | 1) Arbeiter 2) Handwerker
3) Angestellter
4) Beamter 5) Landwirt
6) Selbständiger
7) kaufm. Beruf
8) Schüler, Student
9) Hausfrau |
| 11) | Befriedigung im Beruf | 1) ungern 2) nur um Geld zu verdienen 3) gern
4) Erfüllung im Beruf |
| 12-13) | | Geburtsjahr |
| 14-15) | | Arbeitsunfähigkeitsalter |
| 16-17) | | Untersuchungsalter |
| 18-19) | | Erkrankungsalter |
| 20-21) | | Diagnosealter |
| 22-23) | | Berichtsalter |
| 24-26) | | Verdachtsdiagnose |
| 27) | Anfängliche Krankheitsbewertung | 1) keine Beachtung
2) leicht genommen
3) Krankheit wie jede andere auch
4) Sorgen gemacht
5) sofort das Schlimmste befürchtet |

- | | | |
|--------|---------------------------------|--|
| 28) | Verlaufsbe-
wertung | 1) Zeichen verschwunden
2) gebessert 3) konstant
4) verschlechtert
5) besorgniserregend ver-
schlechtert
6) schwankend |
| 29) | Jetzige Be-
wertung | 1) gesund
2) weitgehend gesund
3) gebessert
4) verschlimmert
5) sehr verschlimmert
6) keine genaue Antwort
7) unverändert |
| 30-32) | Subjektives
Krankheitswissen | 1) ja 2) nein 3) Vermutung |
| 34) | Objektives
Krankheitswissen | 1) ja 2) nein 3) nur unvoll-
kommen |
| 35) | Von | 1) Arzt 2) Partner
3) Eltern 4) Kindern
5) Freunden 6) sonst jemand
7) niemanden 8) selbst
herausgefunden |
| 36) | Effekt | 1) froh 2) lieber unwissend
geblieben
3) darunter nicht vorstellbar
4) entsetzt 5) gleichgültig
6) verständig 7) bedrückt
8) kein Effekt
9) resignierend |

- | | | |
|-----|---|--|
| 37) | Erwünscht | 1) ja 2) nein 3) gleichgültig |
| 38) | Reaktion Arzt | 1) keine 2) hilfsbereit
3) erstaunt 4) entsetzt
5) erleichtert 6) besorgt
7) nicht aufklärend genug
8) Verhaltensmaßregeln
gegeben
9) gleichgültig |
| 39) | Reaktion
Arbeitgeber | 1) keine 2) hilfsbereit
3) erstaunt 4) entsetzt
5) erleichtert
6) mit Entlassung gedroht
7) ärgerlich 8) Mitleid
9) Umschulung |
| 40) | Reaktion Partner | 1) keine, weil nicht vor-
handen 2) keine
3) verständnisvoll
4) mitleidig
5) hilfsbereit
6) entsetzt 7) erleichtert
8) besorgt 9) unwissend |
| 41) | Reaktion Kinder | siehe unter 40) |
| 42) | Reaktion Eltern | siehe unter 40) |
| 43) | Reaktion Ge-
schwister und
Angehörige | siehe unter 40) |
| 44) | Reaktion Freunde | siehe unter 40) |

- | | | |
|-----|--|---|
| 45) | Praktische Hilfe
durch Personen | 1) keine 2) Arzt
3) Partner 4) Eltern
5) Freunde 6) Kinder
7) Geschwister
8) Nachbarn |
| 46) | Praktische Hilfe
durch
Institutionen | 1) keine 2) Kassen
3) Fürsorge
4) Gesundheitsamt
5) Firma
6) religiöse Gemeinde
7) Gewerkschaft |
| 47) | Seelische Hilfe
durch Personen | 1) keine 2) Arzt
3) Partner
4) Eltern oder Geschwister
5) Kinder 6) Freunde
7) Krankenschwester oder
- pfleger
8) geistliche Personen
9) andere |
| 48) | Seelische Hilfe
durch die Religion | 1) ja 2) nein |
| 49) | Seelische Hilfe
sonst | 1) ja 2) nein |
| 50) | Hauptsorge | 1) Befreiung von Beschwerden
2) Behinderung im Beruf
3) zukünftige Leistungs-
fähigkeit
4) zukünftige Gesundheit
5) zukünftige wirtschaftliche
Lage
6) Schicksal des Partners
7) Schicksal der Kinder
8) keine 9) andere |

- | | | |
|-----|------------------------|---|
| 51) | Familie abhängig von | 1) Verdienst
2) Hilfe zu Hause
3) sonstigen Leistungen
4) Hilfe für den Partner
5) keine |
| 52) | Heimpflege erschwert | 1) nein 2) zu enge Wohnung
3) zu viele Kinder
4) zu viele andere Personen
5) keine Pflegepersonen
6) technische Pflegeschwierigkeiten
7) andere Gründe |
| 53) | Heimpflege erleichtert | 1) zu Hause schöner
2) fühlt sich in der Atmosphäre wohler
3) finanziell günstiger
4) Beteiligung an Aufgaben
5) nein 6) unentschieden |
| 54) | Besuch subjektiv | 1) erfreut über jeden Besuch
2) lieber nur die engsten Freunde
3) manchmal Belastung
4) am liebsten keinen |
| 55) | Besuch objektiv | 1) persönliche Verbundenheit
2) so üblich
3) spontanes Mitleid
4) Neugierde
5) praktische Hilfe |

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| 56) | Verantwortung selbst | 1) fahrlässig 2) gewollt
3) unbewußt
4) nicht verantwortlich
5) unsicher
6) zum Teil durch Lebensweise |
| 57) | Verantwortung andere | siehe unter 56) |
| 58) | Anderen lästig subjektiv | 1) nein 2) lästig
3) ab und zu |
| 59) | anderen lästig objektiv | siehe unter 58) |
| 60) | Hauptlast subjektiv | 1) Invalidität
2) nicht mehr gesund zu werden : den anderen zur Last fallen
3) nicht mehr arbeiten : keine Aufgabe
4) eigene Existenznot
5) Not der Abhängigen
6) Verschlechterung des Zustandes
7) Tod 8) keine genaue |
| 61) | Hauptlast objektiv | siehe unter 60) |

- | | | |
|-----|--|---|
| 62) | Prognose subjektiv | 1) Heilung 2) Besserung
3) gleichbleibend
4) Verschlechterung
5) Tod 6) weiß nicht
7) keine Gedanken
8) Hoffnung auf Besserung |
| 63) | Prognose objektiv | 1) Heilung 2) Besserung
3) gleichbleibend
4) Verschlechterung
5) Tod |
| 64) | Einstellung zur chronischen Krankheit selbst | 1) gleichgültig
2) unerträglich
3) wahrscheinlich damit abfinden
4) nicht wichtig, Hauptsache Leben
5) unentschieden |
| 65) | Einstellung zu chronischen Krankheit andere | siehe unter 64) |
| 66) | Einstellung zum Tod selbst | 1) erwünscht
2) gleichgültig
3) unerträglich
4) unvorstellbar
5) noch keine Gedanken gemacht
6) bewußt angenommen
7) schwankt nach psychischer Konstellation
8) will noch ein paar Jahre leben |

- | | | |
|-----|-------------------------------|---|
| 67) | Einstellung zum
Tod andere | siehe unter 66) |
| 68) | Vergangene
Lebensweise | 1) hat nicht mit der
Krankheit zu tun
2) bereut 3) froh, so
gelebt zu haben
4) hätte mehr genießen
sollen
5) hätte gesünder leben
sollen
6) zuviel gearbeitet |
| 69) | Zukünftige
Lebensweise | 1) vollkommene Umstellung
2) gesünder leben
3) mehr Schwung
4) keine Veränderungen
5) intensiver leben
6) Freude darauf
7) noch keine Gedanken |
| 70) | Krankheitsur-
sachewissen | 1) ja 2) nein
3) weiß nicht
4) Gedanken darüber ge-
macht |
| 71) | Seelische Ur-
sachen | 1) ja 2) nein
3) weiß nicht
4) möglich |

- 72) Umweltein-
flüsse
- 1) nein 2) Unfall
 - 3) Ansteckung
 - 4) Aufregung (seelischer Stress)
 - 5) körperliche Überforderung (im Beruf)
 - 6) sowohl als auch
 - 7) fraglich
 - 8) ungesunde Lebensweise
 - 9) keine Gedanken
- 73) Erblich
- 1) ja 2) weiß nicht
 - 3) nein 4) fraglich
 - 5) keine Gedanken

Herrn Professor Dr. H. Oepen danke ich für die Anregung zu dieser Untersuchung und für die Unterstützung bei der Befragung der Patienten und bei der Ausführung der Arbeit.

Herrn Professor Dr. Martini und den Ärzten, sowie den Krankenschwestern der Medizinischen Klinik danke ich für die Bemühungen bei der Auswahl der Patienten.

Lebenslauf

Am 19.9.1948 wurde ich als drittes Kind des Studienrates Dr. Ferdinand Groscurth und seiner Ehefrau Ilse, geborene Kospoth, in Bad Hersfeld geboren.

Von 1955 bis 1959 besuchte ich die Volksschule in Bad Hersfeld, von 1959 bis 1967 die Luisenschule, Gymnasium für Mädchen, in Bad Hersfeld. Hier legte ich auch im Sommer 1967 meine Reifeprüfung ab.

Zum Wintersemester 1967/68 nahm ich mein Studium der Medizin in Marburg auf, legte dort im Sommer 1968 mein Vorphysikum und im Winter 1970 mein Physikum ab. Im Juli 1973 bestand ich in Marburg das medizinische Staatsexamen.

Seit dem 1.11.1973 arbeite ich als Medizinalassistentin an der Düsseldorfer Universitätsklinik.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren
Professoren und Dozenten :

Ammon, Beckmann, Berendes, Bommer, Brück, Buchholz,
Dimroth, Dittrich, Dölle, Exner, Friederich, Ganz,
Golenhofen, Graul, Hamelmann, Hardewig, Hensel,
Hess, Heuser, Hildebrandt, Hohorst, Hort, Jakob,
Karlson, Koch, Koransky, Korb, Kreuz, Kunz,
Lehmann-Grube, Linneweh, Mahr, Mann, Martini,
Mattes, Nultsch, Oehmig, Petry, Potts, Reim,
Rodeck, Rohen, Schiff, Schleyer, Schmid,
Schmitz-Moormann, Seidel, Siegert, Stromeyer,
Straub, Stutte, Voss, Walcher, Wendt, Willenbockel,
Zilliken.

